KRUSE | LAW
MLaw Philipp Kruse, Rechtsanwalt, LL.M.

Juristische Mitarbeiter
Dr. iur. Markus Zollinger, Rechtsanwalt
MLaw Daniel Liechti

Zürich, 14. Juli 2022
KS / MZ / DL

Evidenzreport (ER)

betreffend

Risiken und Wirksamkeit der mRNA-Gentherapien
sowie die Gefährlichkeit von SARS-CoV-2

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis

A. EINLEITUNG

1 Gegenstand der vorliegenden Untersuchung stellen die befristeten Zulassungen der beiden in der Schweiz vornehmlich angewendeten mRNA-COVID-«Impfstoffe» von Pfizer/BioNTech (Comirnaty®, Marktanteil 37%) und Moderna (Spikevax®, Marktanteil 62.6%)[1] dar.

2 Zuerst werden die Zulassungsentscheide von Swissmedic in chronologischer Reihenfolge dargestellt.

3 Anschliessend werden die **mRNA-Impfstoffe auf ihre Risiken und Wirksamkeit geprüft.** Die Gliederung im entsprechenden Abschnitt folgt der Gliederung des Hauptdokuments – allerdings eine Hierarchestufe/Titelebene höher, um für weitergehende Ausführungen eine zusätzliche Titelebene zur Verfügung zu haben. Anschliessend wird nach gleichem Muster die **Gefährlichkeit von Sars-Cov2** untersucht.

4 Zuletzt werden einige der seitens Swissmedic erfolgten **öffentlichkeitswirksamen Ankündigungen auf deren Wahrheitsgehalt** untersucht.

B. ZULASSUNGSENTSCHEIDE: CHRONOLOGIE UND AUFFÄLLIGKEITEN

5 Nachfolgend werden in chronologischer Abfolge die Zulassungsentscheide von Swissmedic für den Zeitraum vom 19. Dezember 2020 bis 10. Dezember 2021 dargestellt:

I. Erwachsenen-«Impfungen» (ab 19.12.2020)

1. Pfizer / BioNTech (Comirnaty®)

1.1. Irreführende Verkündung der Zulassung

6 Am 19. Dezember 2020 verkündete Swissmedic in durchaus irreführender Weise – unter Verwendung des Begriffs «ordentliches Verfahren», obwohl es sich um das Verfahren

[1] Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz - 23. Update», 11.03.2022 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-13.html.*

nach Art. 9a HMG handelt – die *befristete* Zulassung für den ersten COVID-19-Impfstoff (mRNA) in der Schweiz:[2]

> «**Impfstoff von Pfizer/BioNTech nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken in der rollenden Begutachtung zugelassen**
>
> Swissmedic hat den Impfstoff von Pfizer/BioNTech zugelassen. Gemäss den vom Schweizerischen Heilmittelinstitut ausgewerteten Daten liegt der Impfschutz sieben Tage nach der zweiten Impfung bei über 90 Prozent. Es handelt sich um die weltweit erste Zulassung in einem ordentlichen Verfahren.
>
> Personen ab 16 Jahren können gegen das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) geimpft werden, unter Beachtung der offiziellen Impfempfehlungen des Bundes. Für einen optimalen Impfschutz werden zwei intramuskulär verabreichte Impfungen im Abstand von mindestens 21 Tagen empfohlen. Gemäss den von Swissmedic ausgewerteten Studiendaten liegt der Impfschutz sieben Tage nach der zweiten Verabreichung bei Erwachsenen über 90 Prozent. […].
>
> Sicherheit: Nebenwirkungen im Fokus
>
> Wie bei allen Arzneimitteln, die neu auf dem Markt sind, überwacht Swissmedic die Sicherheit des Impfstoffs genau und wird, wenn nötig, sofort Massnahmen ergreifen, sollten Sicherheitssignale auftreten. Die häufigsten in den Zulassungsstudien dokumentierten Nebenwirkungen sind vergleichbar mit jenen nach einer Grippeimpfung.
>
> Swissmedic betreibt für medizinische Fachpersonen ein spezielles Online-System (ElViS) zur Meldung vermuteter unerwünschter Wirkungen. Empfängerinnen und Empfänger von Impfstoffen wird empfohlen, sich bei stärkeren oder ungewöhnlichen Symptomen nach einer Impfung an ihr Impfzentrum, Spital, Arzt oder Apotheker wenden.
>
> Geknüpft an die Zulassung verlangt die Swissmedic von der Zulassungsinhaberin weiterhin kontinuierliche Informationen über die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität ihres Impfstoffs zur erheben.»

---

2 Swissmedic, «Swissmedic erteilt Zulassung für den ersten Covid-19-Impfstoff in der Schweiz», 19.12.2020, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff_erstzulassung.html*.

1.2. Verstösse gegen vorgesehenes Zulassungsprozedere

7 Pfizer hatte den Antrag für die befristete Zulassung am 16. Oktober 2020 eingereicht. Swissmedic erteilte die befristete Zulassung bereits per Schreiben vom 19. Dezember 2020 (Beilage **2**, S. 2).

BO: Beilage **2:** Zulassungsverfügung Comirnaty von Pfizer inkl. Protokoll der HMEC-Sitzung vom 18.12.2020, Swissmedic, 19.12.2020

8 **Swissmedic «prüfte» demnach das Gesuch in einer Bearbeitungsfrist von gerade einmal 45 Arbeitstagen (entsprechend 63 Kalendertagen).** Wie in dieser kurzen Zeit eine eingehende Prüfung aller Unterlagen und eine «sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken» auch nur annährend möglich sein soll, ist bereits äusserst fraglich. Dies nur schon vor dem Hintergrund, dass die selbst für eine befristete Zulassung üblicherweise vorgesehene sehr kurze Bearbeitungsfrist von 140 Kalendertagen nochmals massiv unterschritten wurde.[3]

9 Zudem geht aus ebendiesem Zulassungsschreiben von Swissmedic an Pfizer hervor, dass die Antworten zur «List of questions» («LoQ») hinsichtlich Präklinik, Qualität und Klinik seitens Pfizer zum Zulassungszeitpunkt noch nicht vorlagen. Auch dies ist ein klarer Verstoss gegen das Zulassungsprocedere, welches sich «Swissmedic» selbst auferlegt hat: So ist die Beantwortung der «LoQ» aufgeführt als Voraussetzung bereits des Vorbescheids und dementsprechend auch der nachmalig verfügten befristeten Zulassung. Laut Wegleitung «*Fristen Zulassungsgesuche HMV4*» vom 28. Februar 2022 müssen zwar prinzipiell nicht alle Gesuchstypen alle Verfahrensabschnitte und Meilensteine durchlaufen. Wenn sich aus der Begutachtung I **keine Fragen** ergeben, dann dürfe der Meilenstein «LoQ» gemäss «Swissmedic» übersprungen werden. Vorliegend geht aber aus dem Zulassungsschreiben von Swissmedic an Pfizer gerade hervor, dass hinsichtlich Qualität, Präklinik und Klinik **gravierende Unklarheiten und damit offene Fragen bestanden.** Die Erteilung der befristeten Zulassung ohne Abwarten der Beantwortung der offenen Fragen («LoQ») steht offenkundig im Widerspruch zu den Vorgaben, die sich «Swissmedic» selbst auferlegt hat. [4]

---

[3] Die verschiedenen Zulassungsverfahren werden in der Strafanzeige ausführlich beschrieben.

[4] Swissmedic, «Wegleitung Fristen Zulassungsgesuche HMV4», 15.06.2022, S. 5 und 11, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/zulassung/zl_hmv_iv/zl000_00_014d_wlfristenzulassungsgesuche.pdf.download.pdf/zl000_00_014d_wlfristenzulassungsgesuch.pdf*.

2. Moderna (Spikevax®)

10 Am 12. Januar 2021 verkündete Swissmedic die Zulassung des COVID-19 mRNA-Impfstoffes von Moderna:[5]

> «Swissmedic hat heute nach sorgfältiger Prüfung aller eingereichten Daten zur Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität den auf einer mRNA-Plattform basierenden Impfstoff von Moderna (COVID-19 mRNA Vaccine Moderna) in der Schweiz befristet zugelassen. Damit erfüllt ein zweiter Covid-19 Impfstoff die hohen Anforderungen an Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität und kann ab sofort in der Schweiz eingesetzt werden. Die Zulassungsstudien zeigten 14 Tage nach der zweiten Impfung eine hohe Wirksamkeit von 94 Prozent.
>
> Swissmedic hat dem Covid-19-Vakzin von Moderna heute die befristete Zulassung erteilt, nachdem zusätzlich zur internen Begutachtung das unabhängige Expertengremium HMEC (Human Medicines Expert Committee) an einer ausserordentlichen Sitzung die Einschätzung von Swissmedic zum Nutzen-Risiko-Verhältnis gestützt hatte. […]
>
> Der Covid-19 Impfstoff von Moderna darf Personen ab 18 Jahren gemäss den Arzneimittelinformationen sowie den offiziellen Impfempfehlungen des Bundes verabreicht werden. Die Impfung besteht aus zwei Dosen, die geschultes medizinisches Personal Impfwilligen im Abstand von einem Monat intramuskulär verabreicht. Gemäss den klinischen Studien sind geimpfte Personen 14 Tage nach der zweiten Dosis zuverlässig geschützt.
>
> Aufgrund der aktuellen Daten empfiehlt Swissmedic, das Impfintervall einzuhalten und die zweite Impfdosis nicht aufzuschieben, wie dies in der Arzneimittelinformation aufgeführt ist. Zudem sollen verschiedene Impfstoffe nicht kombiniert werden, da keinerlei Daten über die Austauschbarkeit von Covid-19 Impfstoffen vorliegen. […]
>
> Wie bei allen Arzneimitteln, die neu auf dem Markt sind, überwacht Swissmedic die Sicherheit der Impfstoffe genau. Die häufigsten dokumentierten Nebenwirkungen sind vergleichbar mit jenen nach einer Grippeimpfung. Geknüpft an die Zulassung verlangt die Swissmedic von der Zu-

---

5 Swissmedic, «Swissmedic erteilt die Zulassung für den Covid-19 Impfstoff von Moderna», 12.01.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/zulassung-covid-19-impfstoff-moderna.html*.

lassungsinhaberin weiterhin kontinuierliche Informationen über die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität ihres Impfstoffs zur erheben.

Die anderen Zulassungsgesuche für Pandemieimpfstoffe werden unter Einsatz aller Ressourcen mit hoher Priorität im rollenden Verfahren weiter begutachtet. Swissmedic wird über weitere Zulassungen von Pandemieimpfstoffen entscheiden, sobald genügend Daten vorliegen. Swissmedic tauscht sich dazu auch in kurzen Abständen mit Partnerbehörden aus.»

11 Moderna hatte den Antrag für die befristete Zulassung am 9. November 2020 eingereicht. Swissmedic erteilte die befristete Zulassung per Schreiben vom 12. Januar 2021 (Beilage **3**, S. 1). Hieraus ergibt sich **ebenfalls** eine **Bearbeitungsfrist von exakt 45 Arbeitstagen**, was ebenfalls in Frage stellt, ob auch dieses Zulassungsdossier seriös und fundiert begutachtet werden konnte.

BO: Beilage **3:** Zulassungsverfügung COVID-19 Vaccine von Moderna, Swissmedic, 12.01.2021

II. «Impfung» Jugendlicher ab 12 Jahren (ab 04.06.2021)

1. Pfizer / BioNTech (Comirnaty®)

12 Am 4. Juni 2021 genehmigte die Swissmedic die Indikationserweiterung von «Comirnaty®» für 12- bis 15-Jährige. Das am 7. Mai 2021 seitens Pfizer eingereichte Gesuch sei «beschleunigt im rollenden Verfahren» «sorgfältig geprüft» worden.[6]

2. Moderna (Spikevax®)

13 Am 9. August 2021 genehmigte die Swissmedic die Indikationserweiterung des Spikevax®-Impfstoffs für 12- bis 17-Jährige. Das am 11. Juni 2021 seitens Moderna Switzerland GmbH eingereichte Gesuch sei «beschleunigt im rollenden Verfahren» «sorgfältig geprüft» worden.[7]

---

6 Swissmedic, «Covid-19 Impfstoff von Pfizer/BioNTech in der Schweiz für Jugendliche freigegeben», 04.06.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff-pfizer-biontech-fuer-jugendliche.html*.

7 Swissmedic, «Swissmedic genehmigt Indikationserweiterung des Spikevax-Impfstoffs für 12 bis 17-Jährige», 09.08.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/indikationserweiterung-spikevax-impfstoff.html*.

III. «Booster»-«Impfung» (ab 26.10.2021)

1. Pfizer / BioNTech (Comirnaty®)

14 Am 26. Oktober 2021 genehmigte Swissmedic die **Auffrischimpfung** (**«Booster»**) von Pfizer/BioNTech (Comirnaty®) für «Besonders gefährdete Personen». **Bei Comirnaty® erfolge die Booster-«Impfung» mindestens 6 Monate nach der zweiten Dosis mit der gleichen Dosis wie die beiden ersten Impfungen**. **Diese dritte Impfung «könne möglicherweise bei älteren Menschen oder Risikopatienten den Schutz vor einer Covid-19 Krankheit aufrechterhalten»**.

15 **Immungeschwächten Personen oder Patienten mit unterdrückter Immunreaktion** (zum Beispiel Empfänger von Organtransplantaten oder Krebspatienten), die nach zwei Impfungen nur eine geringe oder gar keine Immunantwort gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgebaut haben, könne **mindestens 28 Tage nach der zweiten eine dritte identische Dosis verabreicht werden**.[8]

16 Am 23. November 2021 genehmigte Swissmedic die Auffrischimpfung («Booster») mit Comirnaty® für alle Erwachsenen ab 16 Jahren. Für besonders gefährdete Personen bleibe der Booster, wie im Swissmedic-Entscheid vom 26. Oktober 2021 vorgesehen, ab 12 Jahren möglich. Dabei hielt Swissmedic unter anderem fest:[9]

> «Swissmedic hat diese Entscheidung unter anderem basierend auf einer Studie mit 10'000 Teilnehmenden im Alter von 16-87 Jahren gefällt. Die Zwischenresultate dieser Studie haben keine Hinweise auf neue Risikoaspekte für den Impfstoff ergeben. Die Grundimmunisierung mit Comirnaty erfolgt mit zwei Dosen à 0.3 ml im Abstand von drei Wochen. Die nun zugelassene Auffrischimpfung mindestens sechs Monate danach kann den Schutz vor einer Covid-19-Erkrankung weiter aufrecht erhalten.»

2. Moderna (Spikevax®)

17 Am 26. Oktober 2021 genehmigte Swissmedic die **dritte «Impfung»** von **Spikevax®** für «**Besonders gefährdete Personen**». Bei Spikevax® sei für die Auffrischung die **halbe Dosierung** zu verwenden.

---

8 Swissmedic, «Covid-19 Impfstoffe von Moderna und Pfizer/BioNTech: Swissmedic genehmigt dritte Impfung für bestimmte Bevölkerungsgruppen», 26.10.2021, *https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-85591.html*.

9 Swissmedic, « Covid-19 Impfstoff von Pfizer/BioNTech: Swissmedic genehmigt die Ausweitung der Auffrischimpfung (Boosterdosis) auf alle Personen ab 16 Jahren», 23.11.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff-pfizer-biontech-boosterdosis.html*.

18 **Immungeschwächten Personen oder Patienten mit unterdrückter Immunreaktion** (zum Beispiel Empfänger von Organtransplantaten oder Krebspatienten), die nach zwei Impfungen nur eine geringe oder gar keine Immunantwort gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgebaut haben, könne **mindestens 28 Tage nach der zweiten eine dritte Dosis** in der **gleichen Dosierung** verabreicht werden.[10]

19 Am 26. November 2021 genehmigte Swissmedic die Auffrischimpfung (Boosterdosis) mit dem Covid-19 Impfstoff von Moderna für alle Erwachsenen ab 18 Jahren. Für besonders gefährdete Personen bleibe der Booster, wie im Entscheid vom 26. Oktober 2021 vorgesehen, ab 12 Jahren möglich. Weiter hielt Swissmedic fest:[11]

> «Die Zulassungsinhaberin Moderna Switzerland GmbH reichte diese Woche weitere Daten zur Auffrischimpfung (Booster) ihres Covid-19 Impfstoffs (Spikevax®) ein. Swissmedic hat Nutzen und Risiken einer Auffrischimpfung für die allgemeine erwachsene Bevölkerung evaluiert und die Arzneimittelinformation angepasst.»

> «Die Grundimmunisierung mit Spikevax erfolgt mit zwei Dosen à 0,5 ml im Abstand von einem Monat. Für eine Auffrischimpfung mindestens 6 Monate nach der zweiten Impfung wird die halbe Dosis (0,25 ml) verabreicht. Daten zur Immunreaktion aus fortlaufenden klinischen Studien weisen darauf hin, dass eine Auffrischimpfung die mit der Zeit abnehmende Immunreaktion des Körpers wieder verstärken kann.»

> «Die Zulassungsinhaberinnen müssen weiterhin kontinuierlich Informationen über die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität ihrer Präparate liefern. Swissmedic überwacht Nutzen und Risiken aller Impfstoffe zur Vorbeugung der Coronavirus-Krankheit in der Schweiz und international weiterhin genau.»

IV. Kinder-«Impfungen» ab 5 Jahren (ab 10.12.2021)

1. Pfizer / BioNTech (Comirnaty®)

20 Am 10. Dezember 2021 verkündete Swissmedic, «alle Daten zur beantragten Indikationserweiterung des Covid-19 Impfstoffs von Pfizer/BioNTech (Comirnaty®) sorgfältig geprüft» zu haben. Die klinischen Studienergebnisse hätten gezeigt, dass die Impfung für Kinder

---

[10] Swissmedic, FN 8.

[11] Swissmedic, «Swissmedic genehmigt Auffrischimpfung (Boosterdosis) mit dem Covid-19 Impfstoff von Moderna für Erwachsene ab 18 Jahren», 26.11.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/auffrischimpfung-boosterdosis-impfstoff-moderna-ab-18-jahren.html*.

«sicher und wirksam» sei, weshalb in der Schweiz Kinder ab fünf Jahren «gegen das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) gemäss den aktualisierten Impfempfehlungen des Bundes geimpft werden» könnten. Weiter führte Swissmedic aus:[12]

> «**Hohe klinische Wirksamkeit bei jüngeren Kindern**
>
> Die fortlaufende Zulassungsstudie mit über 1'500 Teilnehmenden zeigt, dass der Covid-19 Impfstoff bei 5 bis 11-Jährigen schwere, durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgerufene Krankheitsverläufe praktisch vollständig verhindern kann. Nebenwirkungen waren tendenziell eher seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen. Dazu gehörten Schmerzen an der Injektionsstelle und Müdigkeit, in selteneren Fällen Kopfweh, Gelenkschmerzen oder Fieber. Sie dauerten in der Regel nur kurz und waren nach der zweiten Dosis etwas häufiger.»

2. Moderna (Spikevax®)

21 Am 13. Mai 2022 genehmigte Swissmedic die Indikationserweiterung von Spikevax® für die Anwendung bei Kindern von 6 bis 11 Jahren. Kinder ab 6 Jahre sollen gegenüber Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren im Abstand von 4 Wochen zwei Mal die halbe Dosis (50 Mikrogramm) erhalten.

> «Die Hauptstudie an Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren hat gezeigt, dass die durch den Impfstoff ausgelöste Immunantwort gegen das SARS-CoV-2-Virus mit derjenigen bei jungen Erwachsenen vergleichbar ist. Die am häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen wie Schmerzen, Rötungen oder Schwellungen an der Injektionsstelle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schüttelfrost oder Übelkeit waren ähnlich wie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Fieber trat bei Kindern häufiger auf, während Muskel- und Gelenkschmerzen seltener waren als bei Jugendlichen und Erwachsenen. Die unerwünschten Wirkungen waren in der Regel leicht bis mässig ausgeprägt und dauerten wenige Tage.
>
> Von einer Impfung können insbesondere Kinder mit Vorerkrankungen, bei denen das Risiko einer schweren Covid-19-Erkrankung erhöht ist, profitieren. Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren erhalten gegenüber Älteren die

---

12 Swissmedic, «Swissmedic genehmigt Covid-19 Impfstoff von Pfizer/BioNTech für Kinder von 5 bis 11 Jahren», 10.12.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff-pfizer-biontec-kinder-5-11-jahren-genehmigt.html*.

halbe Impfstoff-Dosis (50 anstatt 100 Mikrogramm) im Abstand von vier Wochen.

Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität aller eingesetzten Covid-19-Impfstoffe werden bei Kindern und Erwachsenen weltweit weiterhin genau überwacht, sowohl mittels Spontanmeldewesen (Pharmakovigilanz-System) als auch in fortlaufenden und zusätzlichen klinischen Studien.»**[13]**

C. MRNA-«IMPFSTOFFE»: RISIKEN UND WIRKSAMKEIT

I. Wissensstand Ende 2020 (Erstzulassungen Erwachsene)

1. Risiken

1.1. Neue, noch nicht erprobte Wirkungsweise: Gen-Therapie

22 Swissmedic stuft die mRNA-Präparate als «Impfungen» ein und bezeichnet sie daher als «immunologische Arzneimittel» im Sinne von Art. 2 lit. b AMBV, ohne auf die besondere Wirkungsweise dieser Präparate adäquat einzugehen. Sowohl seitens der Hersteller als auch seitens der Zulassungsbehörden der USA (FDA) und der EU (EMA) werden mRNA-Präparate potentiell **als Gen-Therapien klassifiziert.**[14] Selbst in der Öffentlichkeit präsentieren einzelne Vertreter der Pharma-Branche diese Präparate offen als das, was sie sind: Eine Gen-Therapie. So führte etwa Stefan OELRICH, Mitglied des Vorstandes der Bayer AG und Leiter der Medikamentensparte des Chemie- und Pharmakonzerns, im Oktober 2021 aus:[15]

> «Die mRNA-Impfungen sind **ein Beispiel für Zell- und Gentherapie.** Hätten wir vor zwei Jahren eine öffentliche Umfrage gemacht und gefragt,

---

13 Swissmedic, «Covid-19-Impfstoff von Moderna in der Schweiz für Kinder zwischen 6 und 11 Jahren zugelassen», 13.5.2022, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff-moderna-fuer-kinder-6-11-jahren-zugelassen.html*.

14 United States Securities and Exchange Commission (SEC), «Form F1 registration statement under the Securities Act of 1933, BioNTech SE», 09.09.2019, *https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1776985/000119312519241112/d635330df1.htm*, S. 7 («**Some of our product candidates are classified as gene therapies by the U.S. Food and Drug Administration and the European Medicines Agency.** Even though our mRNA product candidates are designed to have a different mechanism of action from gene therapies, the association of our product candidates with gene therapies could result in increased regulatory burdens, impair the reputation of our product candidates, or negatively impact our platform or our business.»), S. 35 («Some of our product candidates are classified as gene therapies by the FDA and the EMA»).

15 Medinside, «mRNA-Präparate gleich Gentherapie – was hat es damit auf sich?», 28.01.2022, *https://www.medinside.ch/de/post/mrna-praeparate-gleich-gentherapie-was-hat-es-damit-auf-sich*.

wer bereit dazu ist, eine Gen- oder Zelltherapie in Anspruch zu nehmen und sich in den Körper injizieren zu lassen, dann hätten das wahrscheinlich 95 Prozent der Menschen abgelehnt. Diese Pandemie hat vielen Menschen die Augen für Innovationen in einer Weise geöffnet, die vorher nicht möglich war.»

23 In bisher angewendeten etablierten Impfungen wird eine unschädliche Menge eines abgetöteten oder abgeschwächten Erregers (aktive Impfung) oder werden direkt Antikörper (passive Impfung) in den Körper eingebracht. Im Fall der aktiven Impfung erkennt unser Immunsystem den Erreger basierend auf seinen spezifischen Erkennungsmerkmalen, welche er auf der Oberfläche trägt, als fremd und aktiviert die Immunabwehr, so dass spezifische Antikörper und Gedächtniszellen produziert werden, welche den Erreger unschädlich machen. Das Immunsystem wird somit «trainiert», indem es fremde Erkennungsmerkmale eines Erregers erkennt, darauf reagiert und den Erreger bei einer späteren Begegnung rasch zerstören kann.[16] Die vorliegend thematisierten **mRNA-«Impfungen»** haben jedoch einen **grundsätzlich anderen Wirkmechanismus. Dieser besteht darin, <u>gesunde</u> <u>eigene</u> Körperzellen dazu zu bringen, dass sie das fremde Erkennungsmerkmal (Spike-Protein) produzieren und an ihrer Zelloberfläche anhängen**. Damit «verkleiden» sich unsere eigenen gesunden Körperzellen und erscheinen unserem Immunsystem als fremd. Dabei wird der Bauplan für dieses fremde Merkmal (das Spike-Protein) über eine gentechnisch künstlich stabilisierte mRNA in den Körper injiziert. Die mRNA zwingt sodann die körpereigenen Zellen zur Produktion dieses fremden Erkennungsmerkmals, dem «Spike-Protein». Diese werden anschliessend an die Oberfläche der Zelle transportiert und von den Immunzellen erkannt.[17]

24 Diese besondere Funktionsweise wurde bisher ausschliesslich bei schwerstkranken Patienten in Einzelfällen ausprobiert. Kein vergleichbares pharmazeutisches Produkt hatte bislang eine Marktzulassung für eine Anwendung an gesunden – nicht vorerkrankten – Bevölkerungsgruppen erhalten. Die neuartige mRNA-Technologie wurde bis dahin **lediglich in Einzelfällen bei Krebspatienten** – also in schwerer Weise vorerkrankten Menschen – versuchsweise eingesetzt. Doch selbst dort hatte diese Technologie noch zu **keinem durchschlagenden Erfolg** geführt[18], weil keine relevante Wirksamkeit nachgewie-

16 BGV, «Das Prinzip der Impfung», 01.07.2022, *https://www.bgv-impfen.de/prinzip-der-impfung.html*.

17 Siehe zum Ganzen SCNAT, «Wie funktionieren mRNA-Impfstoffe?», 01.07.2022, *https://naturwissenschaften.ch/covid19-vaccination-explained/mrna_vaccines/wie_funktioniert_ein_mrna_impfstoff_*.

18 RND, «Immunologe Steve Pascolo: Wir haben viel Erfahrung mit mRNA-Impfstoffen», 10.03.2021, *https://www.rnd.de/gesundheit/immunologe-steve-pascolo-wir-haben-viel-erfahrung-mit-mrna-impfstoffen-BDWQSKCWVJDGFGKL54UHQ2ZPV4.html*.

sen werden konnte.[19] Im Bereich einer breitenwirksamen, prophylaktischen Anwendung ist diese besondere Funktionsweise dagegen noch völlig neu. So ist bis heute noch völlig unerforscht:[20]

- welche Körperzellen am Ende in die Produktion des Spike-Proteins involviert sind;
- wie lange die Produktion in welcher Qualität und in welcher Quantität anhält und
- wie gross der Anteil der Bevölkerung ist, welcher die im grossen Stil verabreichten mRNA-Injektionen, respektive die körpereigene Produktion neuer Substanzen nicht in der beabsichtigten Weise nebenwirkungsfrei verträgt.

25 Tatsächlich befanden sich die mRNA-Therapien oder mRNA-«Impfstoffe» zur Grippevorbeugung noch Ende 2019 im Bereich von Tierstudien (präklinische Phase)[21] – also weit entfernt von einer ordentlichen Zulassung. Als solche zählen sie zur Kategorie von Impfstoffen gegen eine Krankheit, für die es noch nie einen geeigneten Impfstoff gab (Kategorie «*unprecedented*», «*noch nie da gewesen*») – wie dies etwa im Falle von HIV und Malaria ebenso der Fall ist.[22] **Die Entwicklung derartiger, «nie dagewesener» Impfstoffe dauert im Schnitt 12.5 Jahre.** Sie haben eine geschätzte Chance von gerade einmal 5 %, die klinische Phase II erfolgreich zu überstehen. Haben sie diese überstanden, liegt die Chance für einen erfolgreichen Abschluss der Zulassungsstudien und Marktzulassung bei 40%.[23]

26 Hersteller wie BioNTech liessen daher noch im September 2019 verlauten, dass sie damit rechnen würden, dass möglicherweise **«nie» eine derartige Gen-Therapie zugelassen** würde.[24] Ebenda gab BioNTech zu bedenken, dass es ein «biopharmazeutisches Unter-

---

19 Gesundheitsindustrie BW, «Hoffnung für mRNA-Impfstoffe trotz Dämpfer», 26.06.2017, *https://www.gesundheitsindustrie-bw.de/fachbeitrag/aktuell/hoffnung-fuer-mrna-impfstoffe-trotz-daempfer*: «Die Patienten überlebten nach Injektion von mRNA-Molekülen, die für sechs tumorassoziierte Antigene kodierten, nicht länger als nach einer Placebo-Impfung.».

20 Siehe dazu insbesondere hinten N 138 ff., N 145 ff, N 151 ff. und N 299 ff.

21 United States Securities and Exchange Commission (SEC), «Form F1 registration statement under the Securities Act of 1933, BioNTech SE», 09.09.2019, *https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1776985/000119312519241112/d635330df1.htm*. Übersicht über die Phasen, in welchen sich die Arzneimittel-Kandidaten befinden: S. 132; Die Rede ist überdies von mRNA-Therapien für «bis zu 10 weitere Indikationen», die u.a. mit Pfizer als Kooperationspartner entwickelt werden sollen.

22 SENNEFF/NIGH, «Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19», 10.05.2021, *https://dpbh.nv.gov/uploadedFiles/dpbhnvgov/content/Boards/BOH/Meetings/2021/SENEFF~1.PDF.*

23 YOUNG et al., «Developing New Health Technologies for Neglected Diseases: A Pipeline Portfolio Review and Cost Model», 19.02.2020, *https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12817.2.*

24 United States Securities and Exchange Commission (SEC), FN 21, S. 6: «We are a clinical-stage biopharmaceutical company with no pharmaceutical products approved for commercial sale.»; «We have incurred significant losses since our inception and we anticipate that we will continue to incur significant losses for the foreseeable future.»; «No mRNA immunother-

nehmen in der klinischen Phase» sei und keine für den kommerziellen Verkauf zugelassenen pharmazeutischen Produkte besitze. Seit der Gründung habe das Unternehmen denn auch «erhebliche Verluste» erlitten, und es werde davon ausgegangen, dass auch «in absehbarer Zukunft weiterhin erhebliche Verluste» anfallen würden. Dies aus dem Grund, dass bislang «noch keine mRNA-Immuntherapie zugelassen» worden sei und möglicherweise auch «nie eine zugelassen» werde. So seien einige der Produktkandidaten in den USA und der EU als «Gentherapie» eingestuft worden, was zu einem erhöhten regulatorischen Aufwand führen könnte. Weiter könnten einige Produktkandidaten nicht wie beabsichtigt funktionieren und «unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen».

27 Moderna folgte mit ähnlicher Aussage gar erst am 30. Juni 2020: mRNA werde als **Gentherapieprodukt** betrachtet, für welches angesichts der völligen Neuartigkeit (keine einzige bisherige Marktzulassung, unklare Studienanforderungen etc.) der **Zulassungsweg ungewiss** sei.[25]

28 Gerade einmal ein paar Monate später – im Dezember 2020 – liess «Swissmedic» ebendiese mRNA-Therapien zur vorsorglichen Behandlung von SARS-CoV-2 auf dem Markt zu. Doch im Vergleich zu 2019 – geschweige denn zum Juni 2020 – hatte sich wenig geändert, eine Vielzahl an Parametern waren noch immer unbekannt. Unklar war sowohl die Pharmakokinetik der mRNA, als auch diejenige der Spike-Proteine: Weder war anhand erster Studien klar, wie sich die modifizierte (absichtlich verzögerte Abbaugeschwindigkeit) mRNA im Vergleich zur natürlichen mRNA abbauen wird, noch war die

---

apy has been approved, and **none may ever be approved,** in this new potential category of therapeutics. mRNA drug development has substantial clinical development and regulatory risks due to the novel and unprecedented nature of this new category of therapeutics.»; «Some of our product candidates are **classified as gene therapies** by the U.S. Food and Drug Administration and the European Medicines Agency. Even though our mRNA product candidates are designed to have a different mechanism of action from gene therapies, the association of our product candidates with gene therapies could result in increased regulatory burdens, impair the reputation of our product candidates, or negatively impact our platform or our business»; «Our product candidates may not work as intended, may cause undesirable side effects or may have other properties that could delay or prevent their regulatory approval, limit the commercial profile of an approved label or result in significant negative consequences following marketing approval, if any.»

25 United States Securities and Exchange Commission (SEC), «FORM 10-Q, Quarterly report of moderna Inc.», 30.06.2020, S. 69, *https://www.sec.gov/Archives/edgar/data/1682852/000168285220000017/mrna-20200630.htm*: «Currently, mRNA is considered a **gene therapy product** by the FDA. […] In addition, because no product in which mRNA is the primary active ingredient has been approved, the **regulatory pathway for approval is uncertain.** The number and design of the clinical trials and preclinical studies required for the approval of these types of medicines have not been established, may be different from those required for gene therapy products, or may require safety testing like gene therapy products. Moreover, the length of time necessary to complete clinical trials and to submit an application for marketing approval for a final decision by a regulatory authority varies significantly from one pharmaceutical product to the next, and may be difficult to predict».

Wirkung der durch die mRNA angeregte Produktion der Spike-Proteine in irgendeiner Weise hinreichend erforscht. Als wären dies nicht bereits genügend Unsicherheiten, wurden auch **keinerlei Genotoxizitäts- und Karzinogenitätsstudien durchgeführt. Ob die mRNA-Therapie zur (irreversiblen) Schädigung des Erbguts oder zu Krebs führen kann, war demnach völlig unbekannt.**

29 Die völlige Neuartigkeit und teilweise Unklarheit der Wirkungsweise würde unter normalen Umständen eine solide Durchführung aller erforderlichen Studien zwingend gebieten, allenfalls sogar von zusätzlichen klinischen Versuchen. Dass dies im Rahmen des (unten beschriebenen) Zulassungsverfahrens der sogenannt «befristeten» Zulassung nicht möglich bzw. bewusst darauf verzichtet worden war, ist als erheblicher Risikofaktor zu bewerten.

1.2. Verbotene Anwendung von GVO am Menschen?

30 Überdies bestehen Hinweise, dass es sich bei den mRNA-«Impfstoffen» nicht «nur» um eine Gentherapie, sondern gar um gentechnisch veränderte Organismen (GVO) handelt:

1.2.1. BAFU stuft mRNA-«Impfstoff» als GVO ein

31 Das Bundesamt für Umwelt (BAFU) hielt fest:[26]

> «Die mRNA stellt genetisches Material dar, da sie physisch – wie DNA – aus Nukleinsäuren besteht und funktionell für die Proteinsynthese unabdingbar ist. Die Synthese eines spezifischen Proteins [Spike-Protein bei den mRNA-Impfungen gegen Covid-19] sowie die spezifische Immunantwort gegen ein bestimmtes Antigen dieses Proteins stellen biologische Aktivitäten dar.
>
> Die «nackte» mRNA allein dürfte (…) im vorliegenden Fall [mRNA-Impfung] jedoch nicht fähig sein, diese biologische Aktivität hervorzurufen, da sie nicht zellgängig (genug) ist.
>
> Die mRNA erlangt diese Fähigkeit vorliegend aber durch ihre Verpackung in eine Lipidhülle aus spezifischen Komponenten. Das daraus resultierende Nanopartikel verfügt über die notwendige Zellgängigkeit, um die beschriebenen biologischen Aktivitäten ausüben zu können.

[26] Medinside, FN 15.

Es handelt sich daher bei mRNA-Impfstoffen um biologisch aktives genetisches Material und deshalb sind diese rechtlich einem Organismus gleichgestellt.»

32 Die Kombination der mRNA mit den Lipidnanopartikeln führt gemäss BAFU demnach zur Annahme eines gentechnisch veränderten Organismus (GVO). Sollte sich diese Einschätzung bestätigen, so hätte eine «befristete Zulassung» zu keinem Zeitpunkt erteilt werden dürfen.

1.2.2. Grundrecht auf nicht künstlich verändertes Erbgut

33 Die Integrität des menschlichen Erbguts wird durch diverse Verfassungsartikel absolut geschützt: Insbesondere sind nach **Art. 119 Abs. 2 lit. a BV «alle […] Eingriffe in das Erbgut menschlicher Keimzellen und Embryonen […] unzulässig».** Das Erbgut menschlicher Keimzellen und Embryonen geniesst gegenüber Eingriffen daher einen unbedingten Schutz, wobei es sich um eine **unmittelbar wirksame Verbotsnorm** handelt.[27] Es soll sich gar um ein **«Grundrecht auf ein nicht künstlich verändertes Erbgut»** handeln.[28]

34 Nun werden Embryonen nicht direkt «geimpft» – doch ist dies auch nicht Voraussetzung zur Anwendung dieses absoluten Verbots: Ein künstlicher Eingriff in die menschliche DNA ist auch über den Weg der Fortpflanzung zwingend verboten, weshalb auch Vorläuferzellen, aus denen sich beim Menschen Samen- bzw. Eizellen entwickeln, miteingeschlossen sind.[29]

1.2.3. Strenge regulatorische Anforderungen an GVO und CRISPR/Cas9

35 Der Einsatz von gentechnisch veränderten Organismen (GVO) unterliegt daher strenger Reglementierung.[30] Kurz zusammengefasst handelt es sich bei GVO um Einheiten (inkl. Gemische etc.), die fähig sind, sich zu vermehren oder **genetisches Material zu übertragen**, und dabei so hergestellt wurden und so verändert worden sind, «wie dies **unter natürlichen Bedingungen** durch Kreuzen oder natürliche Rekombination **nicht vorkommt».**

---

27 BIAGGINI, BV Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2017, Art. 119 N 12.
28 So REUSSER / SCHWEIZER, BV Kommentar SG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 119 N 23.
29 REUSSER / SCHWEIZER, BV Kommentar SG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 119 N 23.
30 Siehe insbesondere: Art. 5 Abs. 1 und Abs. 2 Gentechnikgesetz (GTG; SR 814.91); Art. 7 Abs. 5ter Umweltschutzgesetz (USG; SR 814.01); Art. 22 der Verordnung über klinische Versuche mit Ausnahme klinischer Versuche mit Medizinprodukten (Verordnung über klinische Versuche; KlinV; SR 810.305); Art. 3 Abs. 1 lit. a, lit. d und Anhang 1 Ziff. 1 der Verordnung über den Umgang mit Organismen in der Umwelt (Freisetzungsverordnung, FrSV; SR 814.911).

36 Liegt ein solcher GVO vor, werden an eine Zulassung massiv erhöhte Anforderungen gestellt: In Art. 12 Abs. 5 lit. c und e VAZV werden «Arzneimittel, die gentechnisch veränderte Organismen enthalten» sowie «Arzneimittel für neuartige Therapien, basierend auf Methoden des Gentransfers (Gentherapeutika)» vom vereinfachten Zulassungsverfahren ausgeschlossen. Und gemäss Art. 6 VAM wird für «Arzneimittel mit GVO» festgehalten, dass diese zusätzlich zu den Anforderungen des HMG denjenigen des Art. 28 FrSV (Freisetzungsverordnung; SR 814.911) genügen müssten. Ein Bewilligungsgesuch gemäss Art. 28 lit. a–i FrSV muss unter anderem ein umfangreiches technisches Dossier, Ergebnisse früherer Untersuchungen im geschlossenen System mit den gleichen Organismen betreffend Gefährdungen oder Beeinträchtigungen des Menschen, Bewilligungen zu Freisetzungsversuchen und zum Inverkehrbringen, einen Überwachungsplan, einen Vorschlag für die Kennzeichnung (Art. 10 FrSV), Information der Abnehmer (Art. 5 FrSV) und der Nachweis, dass die Sicherstellungspflichten erfüllt sind, enthalten.

37 Um etwas als GVO zu qualifizieren, reicht es aus, dass auch nur schon einzelne Gensequenzen verändert werden: Gemäss einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs sind auch durch Mutagenese (d. h. ohne Einsatz von Fremdgenen) gewonnene Organismen als gentechnisch verändert einzustufen, wobei vorab auf das **Verfahren der Veränderung** und weniger auf das Ergebnis an sich fokussiert wird.[31] Daher wurde geurteilt, dass auch der Einsatz der neuen CRISPR/Cas9 Technologie zur Schaffung gentechnisch veränderter Organismen führe.[32] Begründet wurde dieser Entscheid insbesondere mit dem **Vorsorgeprinzip.**[33]

38 Bei der genannten CRISPR/Cas9-Technologie werden – vereinfacht gesagt – gezielt DNA-Sequenzen «herausgeschnitten» und punktgenau durch gentechnisch veränderte DNA-Sequenzen ersetzt. Im Verfahren erfolgt demnach ein **direkter Eingriff in die DNA.**

1.2.4. Herstellungsprozess und vorgesehene Wirkung der mRNA-Wirkstoffe

39 Anders ist die vorgesehene Wirkungsweise von mRNA: mRNA-Wirkstoffe sollen eine Plattform für transiente, menschliche Proteinsynthese bieten, um gezielt Krankheiten zu therapieren. Dabei wird mRNA als transient – also als «vorübergehend» – betrachtet, da ein (rascher) Abbau erfolge und somit eine Veränderung der menschlichen DNA angeblich nicht möglich sein soll.[34] Aus diesem Grund fielen die mRNA-Wirkstoffe – anders als

---

31 Urteil vom 25. 7. 2018, C-528/16, EU:C:218: 583, N 30, N 32 ff., N 38.

32 ACKERMANN / SCHRÖDER BLÄUER, in: BSK StGB, 4. Aufl., Basel 2019, Art. 230bis StGB N 9.

33 WAGNER PFEIFER, Umweltrecht – Besondere Regelungsbereiche, 2. Aufl., 2021, Zürich/St. Gallen, N 391.

34 PARDI et al., «mRNA vaccines — a new era in vaccinology», 12.01.2018, *https://www.nature.com/articles/nrd.2017.243*.

CRISPR/Cas9 – nicht unter die strengen regulatorischen Anforderungen der GVO. Das Potential für eine DNA-Integration – und somit einer stabilen Proteinsynthese im menschlichen Körper – wurde jedoch nicht tief genug analysiert: **Sollte sich herausstellen, dass die mRNA letztlich doch das Potential hat, die menschliche DNA nachhaltig zu verändern, wäre der regulatorische Vorteil, welchen die mRNA-«Impfstoffe» derzeit geniessen, in keiner Weise mehr gerechtfertigt.** Dieses Potential wird anhand der nachfolgenden Ausführungen zum Herstellungsprozess und der veränderten Wirkungsweise der künstlich hergestellten mRNA untersucht.

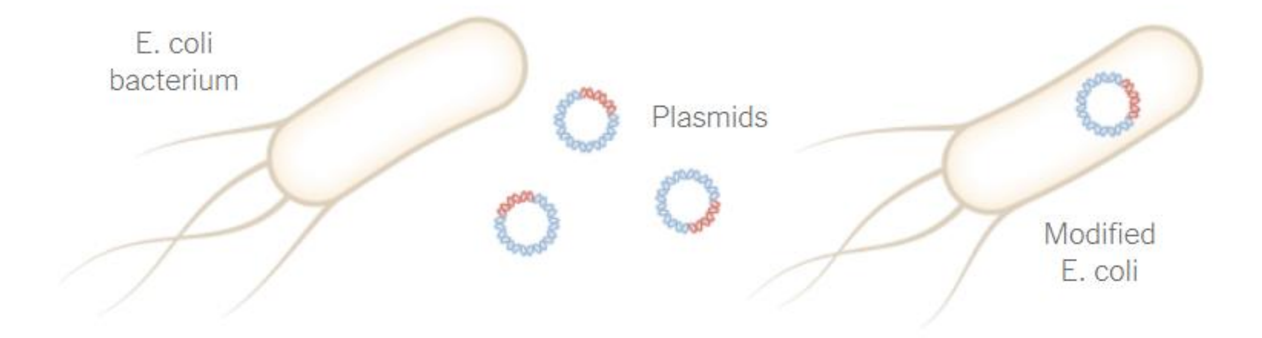
40 Die Herstellung der mRNA-Impfstoffe erfolgt nach folgendem, sehr vereinfacht dargestelltem Prozedere:[35]

- Nach Analyse der mit SARS-CoV-2 in Zusammenhang gebrachten viralen Gensequenzen wurde von Forschern das Spike-Protein-Gen als Impfstoffkandidat ausgewählt. Die entsprechende Gensequenz führt in der menschlichen Wirtszelle zur Produktion eines funktionalen Spike-Proteins, welches an die Zelloberfläche transportiert wird und so die Zelle zu einem Ziel macht, welches vom Immunsystem erkannt und angegriffen wird.
- Auf Basis dieser Erkenntnis wurde das Spike-Protein-Gen synthetisch hergestellt und in ein Plasmid, ein kleines, kreisförmiges Stück DNA, eingefügt.

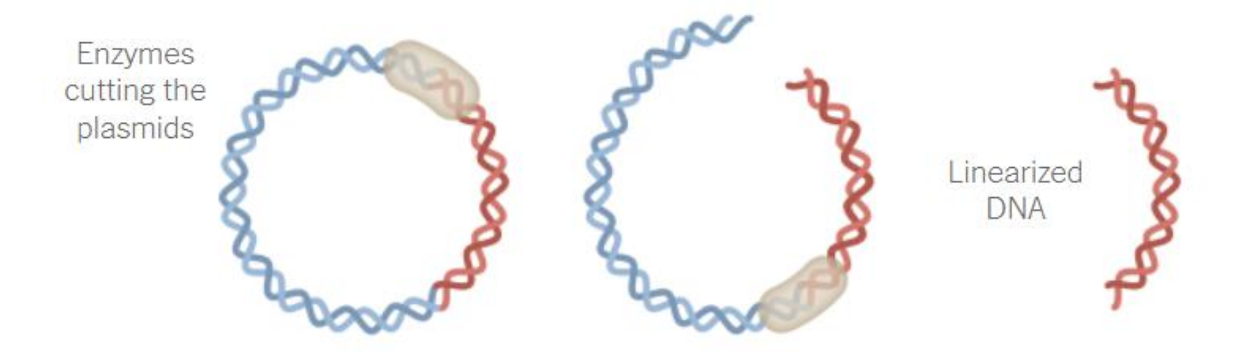


- Diese künstlich hergestellten Plasmide werden dann in modifizierte E. coli-Bakterien eingeschleust.

[35] Zum Ganzen (inkl. nachfolgender Grafiken): The new york times, «How Pfizer Makes Its Covid-19 Vaccine», 28.04.2021, *https://www.nytimes.com/interactive/2021/health/pfizer-coronavirus-vaccine.html*; NIH, «COVID-19 mRNA Vaccine Production», 31.08.2021, *https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/COVID-19-mRNA-Vaccine-Production*; Siehe auch: SOUSA ROSA et al., «mRNA vaccines manufacturing: Challenges and bottlenecks», 24.03.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7987532/;* PARDI *et al., FN* 34*.*



- In einer warmen Umgebung werden die Bakterien (und damit die in diesen enthaltenen Plasmide) in einer 300-Liter Nährstoffbrühe massiv vermehrt. Während der Phase schnellsten Wachstums verdoppelt sich die Anzahl der Bakterien-Zellen, und damit der Plasmid-DNA-Moleküle, alle 20 Minuten.
- Nach Abschluss dieser Fermentierung werden der Bakterienbrühe Chemikalien beigefügt, um die Bakterien aufzubrechen und die Plasmide aus ihren Zellen zu lösen.
- Die Mischung wird dann gereinigt und die Plasmide auf ihre Qualität überprüft.
- Danach werden dem Gemisch Enzyme zugesetzt, welche die runden Plasmide so zerschneiden, dass die Spike-Protein-Gensequenz herausgetrennt wird (Linearisierung).

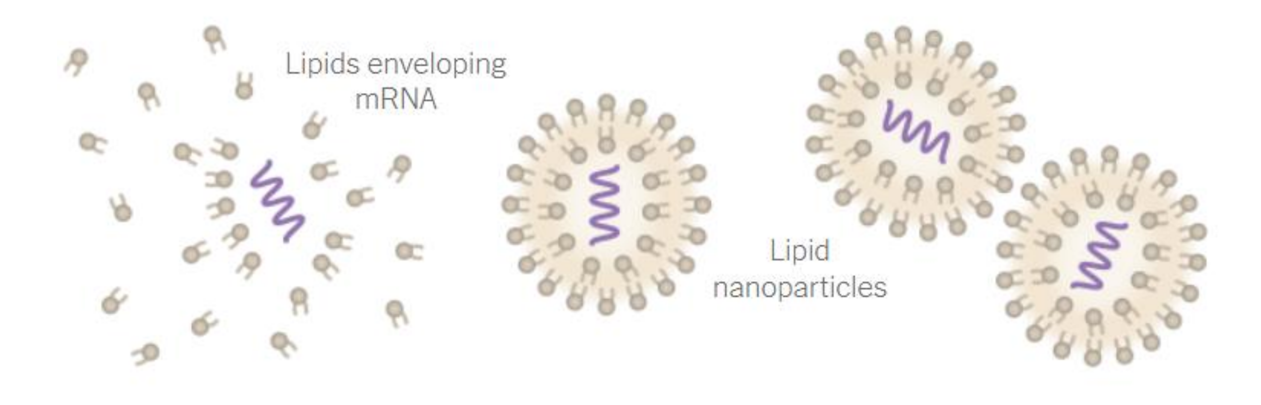


- Schliesslich werden alle restlichen Bakterien und Plasmidfragmente herausgefiltert – übrig bleiben darf nur die gereinigte Spike-Protein-Gensequenz (DNA).
- Diese DNA-Sequenz wird dann mit RNA-Polymerase-Enzymen und RNA-Bausteinen, sogenannten Nukleotiden, gemischt. Über mehrere Stunden hinweg brechen Enzyme die DNA-Vorlagen auf und transkribieren sie in mRNA-Stränge. Zum Einsatz kommen dabei unter anderem **modifizierte Nukleotide** wie 1-Methylpseudouridine: Das in der RNA natürlich vorkommende Uridin wird dabei durch künstliches Pseudouridin ersetzt,

um den Schutz gegenüber Nukleasen (welche RNA abbauen) zu erhöhen und somit die RNA stabiler zu machen.[36]



- Auch dieses Gemisch muss anschliessend gefiltert werden, um **unerwünschte DNA**, Enzyme oder andere Verunreinigungen zu entfernen.
- In einem separaten Verfahren werden **Lipide** (fettartige Moleküle) produziert und mit Ethanol gemischt.
- Schliesslich werden die mRNA-Stränge und die Lipide zusammengemischt. Wenn die Lipide mit den nackten Strängen der mRNA in Kontakt kommen, dann ziehen sie einander an, aufgrund entgegengesetzter elektrischer Ladungen. Dies führt dazu, dass die mRNA von mehreren Schichten von Lipiden umhüllt wird («Nanolipidpartikel»), welche die mRNA schützen und ihr den Eintritt in menschliche Zellen erleichtern sollen.



36 MORAIS et al., «The Critical Contribution of Pseudouridine to mRNA COVID-19 Vaccines», 04.11.2021, *https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2021.789427/full*; Scinexx, «Die Tücke liegt im Detail», 08.10.2021, *https://www.scinexx.de/dossierartikel/die-tuecke-liegt-im-detail/.*

- Diese neu hergestellte Mischung wird erneut gefiltert, um das Ethanol zu entfernen, dann konzentriert und erneut gefiltert, um alle noch verbleibenden Verunreinigungen zu entfernen.
- Anschliessend wird der «Impfstoff» in Fläschchen abgefüllt.

41 Wird dieser «Impfstoff» schliesslich in den Körper injiziert, ist folgendes festzustellen:

- der «Impfstoff» gelangt über die Injektion in die Muskulatur in Muskelzellen und erreicht auch die Blutbahn[37] und das lymphatische System.[38]
- Muskelzellen, Endothelzellen der Blutgefässe, Blutzellen und dendritische Zellen in humanem Lymphgewebe nehmen die mRNA auf und produzieren das funktionale Spike Protein.
- Immunzellen induzieren eine Immunantwort und produzieren Antikörper gegen das fremde Spike Protein.

1.2.5. Stabilisierte mRNA – anhaltende Expression des toxischen Spike-Proteins

42 Natürliche mRNA ist – wie zuvor beschrieben – transient, baut sich demnach schnell ab. Im Herstellungsprozess kommt jedoch – wie ebenfalls aufgezeigt – eine **künstlich stabilisierte mRNA** (modifizierte Verkappung des 5'-Endes[39] und Ersetzen des natürlich vorkommenden Uridins durch Pseudouridin) zum Einsatz. All diese Massnahmen dienen dazu, die Stabilität der künstlichen mRNA zu erhöhen. Dies ist im Falle einer mRNA-«Impfung» «vorteilhaft», da ansonsten das Immunsystem Alarm schlagen würde, um nicht-eigene RNA im Körper abzubauen.[40] In einer Studie wurde effektiv gezeigt, dass das mRNA-Vakzin von Curevac (CVnCoV), welches unmodifizierte RNA verwendet, viel weni-

---

37 FERTIG et al., «Vaccine mRNA Can Be Detected in Blood at 15 Days Post-Vaccination», 28.06.2022, *https://www.mdpi.com/2227-9059/10/7/1538/htm*.

38 RÖLTGEN et al., «Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination», 25.01.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35148837/*; PALMER et al, «On the use of the Pfizer and the Moderna COVID-19 mRNA vaccines in children and adolescents», 03.05.2022, *https://doctors4covidethics.org/on-the-use-of-the-pfizer-and-the-moderna-covid-19-mrna-vaccines-in-children-and-adolescents/*.

39 VAN DÜLMEN et al., «Chemo-Enzymatic Modification of the 5′ Cap Maintains Translation and Increases Immunogenic Properties of mRNA», 22.03.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/anie.202100352*.

40 ANDRIES et al., «N1-methylpseudouridine-incorporated mRNA outperforms pseudouridine-incorporated mRNA by providing enhanced protein expression and reduced immunogenicity in mammalian cell lines and mice», 10.11.2015, *https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168365915300948?via%3Dihub*; NELSON et al., «Impact of mRNA chemistry and manufacturing process on innate immune activation», 24.06.2020, *https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aaz6893*.

ger effektiv war als die mRNA-Vakzine von Moderna und Pfizer BioNTech, die Pseudouridin verwenden.[41]

43 Mit dieser Modifikation der mRNA wird das Ziel verfolgt, diese sicher in die Zelle zu bringen und so möglichst viel Spike-Protein herstellen zu können.

44 Normalerweise ist das Gehirn durch die «Blut-Hirn-Schranke» vor schädlichen Stoffen zuverlässig geschützt.[42] Die problematischen Folgen der Überwindung der Blut-Hirnschranke des Spike-Proteins waren bereits Ende 2020 bekannt.[43] Das schädigende Potential einer zu langen Expression war demnach bereits klar erkennbar – und wurde in der Folge mehrfach bestätigt (dazu hinten N 299 ff. und N 525 ff.).

1.2.6. Reverse Transkription von mRNA zu DNA: Swissmedic sah das Potential

45 Andererseits führt die künstliche Stabilisierung dazu, dass die mRNA sich länger als unter natürlichen Umständen in Zellen aufhält – und möglicherweise an Orte gelangt, wo sie nicht hingelangen sollte. So wurde eine Akkumulation von Lipidnanopartikeln in den Geschlechtsorganen (hohe Konzentrationen wurden insbesondere in den Eierstöcken gemessen) entdeckt (siehe N 146). Somit ist nicht auszuschliessen, dass auch mRNA auf ebendiesem Weg die Geschlechtszellen erreichen und dort länger als geplant verweilen könnte. Dies könnte bewirken, dass ein **– ungewolltes – Einwirken der mRNA auf die menschliche DNA in den Keimzellen stattfinden könnte.**

46 Bereits 1997 wurde die Existenz von DNA-Sequenzen, die von einem RNA-Virus stammten, welches kein Retrovirus war, bei Säugetieren (Mäusen) nachwiesen. Es wurde bereits damals geschlussfolgert, dass diese DNA-Kopien des viralen RNA-Genoms mittels reverse Transkription durch zelleigene Enzyme entstanden sein mussten.[44] Der molekulare Mechanismus wurde 2009 von Wissenschaftlern desselben Labors im Detail aufgeklärt.[45]

47 In den nachfolgenden Jahren wurden mehrere Studien veröffentlicht, die aufzeigten, dass eine Integration von RNA-Sequenzen von Nicht-Retroviren in das Genom von Säugetie-

---

41 MORAIS et al., «The Critical Contribution of Pseudouridine to mRNA COVID-19 Vaccines», 04.11.2021, *https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2021.789427/full*.

42 Apotheken-Umschau, «Die Blut-Hirn-Schranke», 03.01.2019, *https://www.apotheken-umschau.de/mein-koerper/gehirn-und-gedaechtnis/die-blut-hirn-schranke-721023.html*.

43 RHEA et al., «The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood–brain barrier in mice», 16.12.2020, *https://www.nature.com/articles/s41593-020-00771-8*.

44 KLENERMAN et al., «A non-retroviral RNA virus persists in DNA form», 20.11.1997, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9384383/*.

45 GEUKING et al, «Recombination of retrotransposon and exogenous RNA virus results in non-retroviral cDNA integration», 16.01.2009, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19150848/*.

ren möglich ist.[46] Zwar beziehen sich alle hier zitierten Beobachtungen auf Sequenzen, die von RNA-Viren stammen, doch gibt es keinen Grund, auszuschliessen, dass andere RNA-Sequenzen, wie z. B. die der mRNA-Impfstoffe, demselben Mechanismus unterliegen würden.

48 Bereits im Dezember 2020 wurde eine Studie als Preprint publiziert, die zeigte, dass virale RNA von SARS-CoV-2 via «reverse Transkription» auf Umwegen ins menschliche Genom integriert werden konnte.[47]

49 Swissmedic hatte zum Zeitpunkt der Erteilung der befristeten Zulassungen der COVID-«Impfstoffe» von dieser Studie Kenntnis und thematisierte sie in der Zulassungsverfügung vom 21. Januar 2021 an Moderna frei übersetzt wie folgt (Beilage **3**, S. 12):

> «***Swissmedic stimmt zu, dass das Risiko einer reversen Transkription von modifizierter mRNA*** *durch LINE-1 kodierte RT (reverse Transkriptase)* ***und einer anschliessenden Integration in das Genom sehr gering ist****. Swissmedic empfiehlt Moderna, sich mit dem Risiko auseinanderzusetzen, ob Reverse Transkriptasen (LINE-1, HIV) modifizierte mRNA in DNA umwandeln können.*»

50 Obwohl **Swissmedic** das sich **abzeichnende Risiko der Integration der Impf-RNA ins menschliche Genom** prinzipiell als existent **anerkannte**, verlangte sie keine weiterführenden Untersuchungen zu dieser Problematik, akzeptierte das Fehlen von essentiellen Genotoxizitätsstudien und formulierte es auch nicht als Auflage für die Erteilung der befristeten Zulassung, dass erst bei Tierstudien mit Sicherheit ausgeschlossen werden musste, dass die modifizierte mRNA der COVID-«Impfstoffe» ins Genom integriert werden kann.

51 Entgegen den geäusserten Bedenken genehmigte Swissmedic im Anschluss gar die folgende Aussage in der Fachinformation von Comirnaty® (Rubrik «Genotoxizität/Karizinogenität»), welche absolut konträr zur bereits damals vorliegenden Datenlage und zur eigenen Schlussfolgerung war: «***Insbesondere ist davon auszugehen, dass die mRNA nicht in den Zellkern gelangt oder mit dem Genom interagiert****.*»

BO: Beilage **4:** Fachinformation Comirnaty, Swissmedicinfo, 12.2020

52 Dieser Passus wurde im Verlauf gelöscht – Gründe hierfür sind offiziell nicht bekannt – und ist in der aktuellen Fachinformation nicht mehr auffindbar.[48]

---

[46] PALMER et al, «On the use of the Pfizer and the Moderna COVID-19 mRNA vaccines in children and adolescents», 03.05.2022, *https://doctors4covidethics.org/on-the-use-of-the-pfizer-and-the-moderna-covid-19-mrna-vaccines-in-children-and-adolescents/*.

[47] ZHANG et al., «SARS-CoV-2 RNA reverse-transcribed and integrated into the human genome», 13.12.2020, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.12.422516v1*.

53 Im Februar 2022 wurde eine weitere Studie publiziert, die aufgrund von in-vitro-Untersuchungen belegte, dass die im Pfizer/BioNTech-Impfstoff enthaltene mRNA innerhalb weniger Stunden in menschlichen Leberzellen revers in DNA transkribiert werden kann.[49]

1.2.7. Einbau von mRNA in menschliche DNA theoretisch möglich

54 Dabei ist – entgegen der pauschalen Angabe von «Swissmedic» – ein Einbau von mRNA in die menschliche DNA sehr wohl wie folgt denkbar:

- Die Spike-Proteine können möglicherweise Krebserkrankungen negativ beeinflussen und fördern.[50]
- Krebserkrankungen können zu einer Reaktivierung sogenannt «springender» LINE-1 Gene führen.[51] Diese sind normalerweise «ausgeschaltet», um Mutationen zu verhindern. Werden sie aber «aktiviert», können sie sich im menschlichen Genom vermehren. Da unser menschliches Genom zu ganzen 17% aus diesen repetitiv und häufig vorkommenden LINE-1 Genen besteht, ist die Aktivität einzelner LINE-1 Gene nicht von vornherein auszuschliessen[52] – eine Aktivität ist demnach auch bei (bisher) gesunden Menschen möglich.
- Um in die DNA zu gelangen, muss die mRNA zuerst den Zellkern erreichen, wo sich das menschliche Genom befindet. In RNA-Molekülen wurden Gensequenzen entdeckt, die natürlichen und künstlich-hergestellten RNA-Molekülen in den Zellkern verhelfen. Ein solches Beispiel – unter vielen weiteren Beispielen (!) – ist die SIRLOIN-Sequenz, eine 42 Nukleotid-lange Gensequenz, die von 2 «CCTCCC» flankiert wird.

SIRLOIN: CGCCTCCCGGGTTCAAGCGATTCTCCTGCCTCAGCCTCCCGA

- In der regulatorischen Endsequenz (3'UTR genannt) der mRNA-Pfizer-Gensequenz ist ein sehr ähnliches 48 Nukleotid-langes Stück vorhanden, welches von «CCTCC(C)»

---

48 Swissmedicinfo, «Fachinformation Comirnaty», Stand 04.2022, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68225*.

49 ALDÉN et al., «Intracellular reverse transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA vaccine BNT162b2 in vitro in human liver cell line», 25.02.2022, *https://www.mdpi.com/1467-3045/44/3/73/htm*.

50 SINGH/SINGH, «S2 Subunit of SARS-nCoV-2 Interacts with Tumor Suppressor Protein p53 and BRCA: an In Silico Study», 30.06.2020, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7324311/*.

51 ZHANG et al., «New Understanding of the Relevant Role of LINE-1 Retrotransposition in Human Disease and Immune Modulation», 07.08.2020, *https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2020.00657/full*.

52 XIAO-JIE et al., «LINE-1 in cancer: multifaceted functions and potential clinical implications», 03.09.2015, *https://www.nature.com/articles/gim2015119*; PAUL et al, «Coprs inactivation leads to a derepression of LINE1 transposons in spermatocytes», 19.12.2018, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6325579/*.

flankiert wird. Diese Sequenz hat grundsätzlich das Potential, die künstliche mRNA in den menschlichen Zellkern zu schleusen, was die Wahrscheinlichkeit einer DNA-Integration in das menschliche Genom erhöht.[53]

CCTGAAGGGCTGTTGTAGCTGTGGCAGCTGCTGCAAGTTCGACGAGGACGATTCTGAGCCCG
TGCTGAAGGGCGTGAAACTGCACTACACATGATGACTCGAGCTGGTACTGCATGCACGCAAT
GCTAGCTGCCCCTTTCCCGTCCTGGGTACCCCGAGTCTCCCCCGACCTCGGGTCCCAGGTAT
GCTCCCACCTCCACCTGCCCCACTCACCACCTCTGCTAGTTCCAGACACCTCCCAAGCACGC
AGCAATGCAGCTCAAAACGCTTAGCCTAGCCACACCCCCACGGGAAACAGCAGTGATTAACC
TTTAGCAATAAACGAAAGTTTAACTAAGCTATACTAACCCCAGGGTTGGTCAATTTCGTGCC
AGCCACACCCTGGAGCTAGCAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAGCATATGACTAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAA

55 Eine **potentielle Gefährlichkeit der mRNA-«Impfstfoffe» für die Reproduktionsorgane –** im Sinne einer Abänderung der menschlichen DNA in den Keimzellen – und auf den potentiellen Nachwuchs kann demnach nicht ausgeschlossen werden. Dieser Umstand **hätte in (präklinischen und) klinischen Studien dringend untersucht werden müssen – was aber nicht geschah.**

1.2.8. Mögliche Folgen der mRNA-Integration: Krebs und/oder Erbgutschädigung

56 Die **Integration von neuen Abschnitten über mRNA in die DNA kann vielfältige Folgen haben:[54]**

57 Die Insertion kann innerhalb eines Gens erfolgen und dieses stören. Dies kann zum Verlust wichtiger zellulärer Genprodukte (Proteine) und damit potenziell zur Entstehung von Krankheiten, einschliesslich Krebs, führen. Das Auftreten von bösartigen Erkrankungen durch DNA-Integration und Aktivierung von krebsfördernden Genen (Onkogenen) wurde in klinischen Versuchen mit einem retroviralen Vektor zur genetischen Behandlung von Kindern mit SCID-X1 (schwere kombinierte Immunschwäche) gezeigt.[55] Diese **bösartigen Erkrankungen manifestieren sich in der Regel erst mehrere Jahre nach Abschluss der Behandlung. Daher sind in der präklinischen und klinischen Phase gründliche Langzeituntersuchungen zu möglichen genotoxischen Effekten der chromosomalen Integration für eine Nutzen-Risiko-Analyse unbedingt notwendig**.

---

53 LUBELSKY/ULITSKY, «Sequences enriched in Alu repeats drive nuclear localization of long RNAs in human cells», 24.01.2018, *https://www.nature.com/articles/nature25757*; *https://www.nature.com/articles/nature25757*.

54 PALMER et al., FN 46.

55 STAAL et al., «Sola dosis facit venenum. Leukemia in gene therapy trials: a question of vectorsinserts and dosage?», 22.10.2008, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18769449/*.

Dies gilt nicht nur für retrovirale Vektoren, sondern für jede rekombinante Nukleinsäure, die sich in die Chromosomen der Zelle einfügen kann.[56]

58 Die Integration des Spike-Protein-Gens in die Wirtszelle könnte zu einer dauerhaften Expression dieses Antigens führen und damit eine chronische autoimmunähnliche Erkrankung auslösen.

1.2.9. Fazit: Potential der mRNA zur Modifizierung der DNA

59 Eine *gezielte* Integration (Insertion) von DNA ins menschliche Genom ist – anders als bei CRISPR/Cas9 – nicht möglich. Hierfür ist der Zufallsfaktor schlicht zu hoch: Eventuell – wenn überhaupt – wird nur ein Teil der mRNA-Sequenz in DNA umgeschrieben. Ist diese – vom Zufall abhängige – Umschreibung erfolgt, ist es weiterhin auch unmöglich zu bestimmen, an welcher genauen Stelle im Genom die DNA integriert werden soll. Denkbar ist also bestenfalls eine zufällige Umschreibung der mRNA in DNA und nachfolgend ebenfalls zufällig erfolgende Integration im menschlichen Genom.

60 Die Datenlage hinsichtlich Gefährlichkeit und potentieller Einflüsse der applizierten Impf-mRNA auf das menschliche Genom war zum Zeitpunkt der Erteilung der befristeten Zulassung vollumfänglich bekannt. Trotzdem wurde diese mögliche Wirkung der mRNA bei den COVID-«Impfstoffen» nicht einmal im Rahmen von präklinischen Studien (Tierstudien oder in vitro-Studien) erforscht bzw. wurden – soweit ersichtlich – bis dato keine solchen Daten veröffentlicht. **Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die mRNA-Substanzen das Potenzial haben, die DNA des Menschen dauerhaft (vererbbar) zu modifizieren.** Wäre dies der Fall, verstiesse die Anwendung von mRNA gegen zwingende Verfassungsbestimmungen. Zudem reicht auch schon das Potential, die DNA eines einzigen Menschen zu verändern, ohne dass er diese veränderte DNA vererbt, als Bedingung dafür aus, dass die für GVO (inkl. CRISPR/Cas9) geltenden strengen Zulassungsvoraussetzungen zwingend hätten erfüllt werden müssen. Die Veränderung der DNA eines einzelnen Menschen – und erst recht das Potential zur dauerhaften, vererbbaren Veränderung des menschlichen Erbguts – würde wohl das sofortige Ende der mRNA-Forschung bedeuten, da sie gegenüber CRISPR/Cas9 über keinerlei regulatorischen Vorteile mehr verfügen würde.

61 Angesichts dieser gravierenden Unsicherheiten liegt in einer gleichwohl erfolgten Zulassung ein Verstoss gegen das heilmittelrechtliche **Vorsorgeprinzip** vor: Bei einer **potentiell genverändernden Wirkungsweise der mRNA-Substanzen** – der **potentiell dauerhaften, irreversiblen Veränderung des Erbguts des Menschen** – handelt es sich nicht

---

56 PALMER et al, FN 46.

bloss um ein kaum bis nicht kalkulierbares «Risiko», sondern um ein **absolutes Ausschlusskriterium für jedwede Zulassung.**

1.3. Neue, noch nicht erprobte Inhaltsstoffe: Toxische Lipidnanopartikel

1.3.1. Funktionsweise der Lipidnanopartikel (LNP)

62 Um die mRNA in den COVID-«Impfstoffen» vor Abbau zu schützen und die Aufnahme in die Körperzellen zu erleichtern, wird sie in eine Hülle aus Fetten (Lipidnanopartikel, LNP) «verpackt». Die LNP bestehen aus einer Mischung aus Phospholipiden, Cholesterin, PEGylierten Lipiden und kationischen (positiv geladenen) oder ionisierbaren Lipiden. Die Phospholipide und das Cholesterin haben strukturelle und stabilisierende Funktionen, während die PEGylierten Lipide die verlängerte Zirkulation unterstützen. Die kationischen/ionisierbaren Lipide dienen dazu, die Komplexierung der negativ geladenen mRNA-Moleküle und den Austritt der mRNA aus dem Endosom in das Zytosol zur Translation zu ermöglichen.[57]

63 Je nachdem, wie LNP an der Oberfläche konstruiert sind, verhalten sie sich unterschiedlich. Laut Uğur Şahin, Vorstandsvorsitzender von BioNTech, wurden die LPN für Comirnaty® bewusst so gewählt, dass eine **Wanderung aus den Muskelzellen in Lymphknoten begünstigt** wird.[58]

1.3.2. Fehlende Daten zum Abbau von ALC-0159 und ALC-0315 (Comirnaty®)

64 Bei ALC-0315 und ALC-0159 handelt es sich um zwei nicht natürliche Lipide, welche in den Lipidnanopartikeln (LNP) von Comirnaty® enthalten sind. ALC-0315 ist schwach basisch und und im protonierten Zustand positiv geladen (kationisch), ALC-0159 enthält ein Polyethylenglykol (PEG)-Element.

65 Pharmakokinetikstudien mit den in Comirnaty® verwendeten LNP bei Ratten und Mäusen zeigen, dass die markierten Lipide nach sehr kurzer Zeit im Blutplasma erschienen. Der höchste Plasmaspiegel wurde bereits zwei Stunden nach der Injektion erreicht (dazu N 146).[59]

---

57 NDEUPEN et al., «The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory», Preprint vom 23.07.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941620/*.

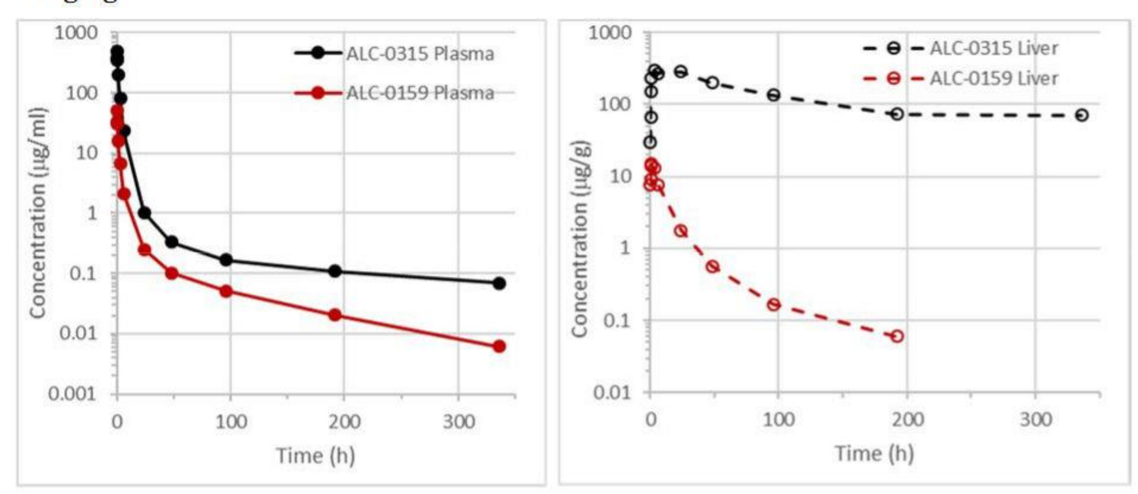
58 Wiener Zeitung, «Teil von Covid-19-Vakzine könnte aus Österreich kommen», 02.09.2020, *https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/wissen/forschung/2073592-Teil-von-Covid-19-Vakzine-koennte-aus-Oesterreich-kommen.html.*

59 Pfizer confidential translated, «SARS-CoV-2 mRNA vaccine (BNT162, PF-07302048)», 22.07.2021, *https://archive.org/details/pfizer-confidential-translated/page/n7/mode/2up*.

66 Das Lipid **ALC-0315 akkumulierte in hohen Konzentrationen in der Leber, Milz und in den Eierstöcken und wurde nur langsam abgebaut**. Selbst nach 6 Wochen wurde noch ein Teil der Verbindung in der Leber nachgewiesen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese synthetischen Lipide von der Leber in andere Organe umverteilt werden, wo sie möglicherweise über einen längeren Zeitraum gespeichert werden.[60]

67 Aus dem Zulassungsdossier, Kapitel «*Non Clinical Overview*»[61] geht hervor, dass während sich die Konzentration der beiden Lipide (ALC-0315 und ALC-0159) im Blutplasma relativ schnell verringerte, **der Abbau von ALC-0315 in der Leber nur sehr langsam** erfolgte:

Figure 2.4.3-1. Plasma and Liver Concentrations of ALC-0315 and ALC-0159 in Wistar Han Rats After IV Administration of LNPs Containing Surrogate Luciferase RNA at 1 mg/kg



68 Da im Urin die Lipide nicht und in den Fäzes für ALC-159 50% und für ALC-0315 nur 1% nachweisbar waren, musste der Rest verstoffwechselt worden sein. Einige der Stoffwechselprodukte konnten nachgewiesen werden.

69 Zusammenfassend deuten diese präklinischen Daten darauf hin, dass sich die LNP und insbesondere **ALC-0315 in der Leber anreichern**. Der metabolische Abbau dieses Lipids erfolgte langsam, die Konzentration war auch am Ende der Studie nach 12.5 Tagen auf hohem Niveau.

---

60 PALMER/BHAKDI, «The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity», 23.07.2021, *https://doctors4covidethics.org/wp-content/uploads/2021/07/Pfizer-pharmacokinetics-and-toxicity.pdf; Internet Archive*, «Pfizer-confidential-translated», 22.07.2022, *https://archive.org/details/pfizer-confidential-translated/page/n3/mode/2up*.

61 BNT162b2, «Module 2.4. Nonclinical Overview», Ziff. 2.4.3., 08.02.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M2_24_nonclinical-overview.pdf*.

70 Obwohl auch Swissmedic diese Daten von Pfizer im Zulassungsdossier vorgelegt worden waren, behauptete Swissmedic öffentlich zu den LNP:[62]

> «Dabei handelt es sich um sehr labile Fetttröpfchen, die im Körper schnell zerfallen.»
>
> «Es gibt keine Hinweise darauf, dass sie sich über längere Zeit in Geweben oder Organen ansammeln.»

71 Dies ist als bewusste Falschaussage zu qualifizieren, welche die Gefährlichkeit der Lipidkomponenten vertuschen soll.

72 Insbesondere ALC-0315 ist aus chemischer Sicht nicht genügend untersucht. Es enthält zwei chirale (asymmetrische) Zentren, was dazu führt, dass vom selben Produkt unterschiedliche Enantiomere und Diastereomere (vereinfacht gesagt, spiegelbildliche Formen) vorhanden sein können. Diese Formen können aber deutlich verschiedene toxikologische Eigenschaften aufweisen, wie das Beispiel von Thalidomid (Contergan®) deutlich vor Augen geführt hat. Die mutagenen Eigenschaften wurden dort nur von einem der beiden Enantiomere hervorgerufen, das andere war ungefährlich.[63] Es ist nicht klar bzw. nicht definiert, welche dieser Formen eingesetzt wird oder ob, was aufgrund der Synthesestrategie wahrscheinlicher ist, ein Gemisch dieser Verbindungen eingesetzt wird. Im Zusammenhang mit einer Anreicherung dieses Stoffes in der Leber und langsamer Metabolisierung wäre eine gründliche Klärung der Toxizität, Kanzerogenität und Mutagenität dieser Stoffe vor der Zulassung dringend geboten gewesen. Auch wenn aufgrund von Plausibilitätsbetrachtungen eine Gefährdung durch diese Stoffe nicht wahrscheinlich erscheinen sollte, hätten diese Fragen vor Erteilung der befristeten Zulassung beantwortet werden müssen. Es ist unverantwortlich, die Humantoxizität in vivo erst bei der Verabreichung an Milliarden von Menschen zu klären.

73 Pfizer geht davon aus, dass die Verteilung des Spike-Proteins, welches durch die mRNA kodiert wird, direkt von der LNP-Verteilung abhängt, und dass die vorgelegten Ergebnisse der Tierstudien repräsentativ sind für den Impfstoff:

> «Es wird erwartet, dass die Biodistribution des Antigens (Spike-Proteins), das durch die RNA-Komponente von BNT162b2 (Comirnaty®) kodiert wird, von der

---

62 Medinside, «Swissmedic: ‹Diese Hilfsstoffe sind kein Risiko für den Menschen›», 20.01.2022, *https://www.medinside.ch/de/post/swissmedic-diese-hilfsstoffe-sind-kein-risiko-fuer-den-menschen*.

63 Scinexx, «Ein Spiegelbild mit tragischen Folgen Contergan und seine (Neben-)wirkung», 30.05.2000, *https://www.scinexx.de/dossierartikel/ein-spiegelbild-mit-tragischen-folgen/*.

LNP-Verteilung abhängt, und die vorgelegten Ergebnisse für den Impfstoff repräsentativ sind *… .*»[64]

74 Hieraus leitet sich zwingend ab, dass die Spike-Proteine sowohl im Blut, als auch in diversen Organen produziert werden. Dies wurde mittlerweile durch pathologische Untersuchungen bestätigt (dazu hinten N 525).

1.3.3. Toxizität der LNP nachgewiesen

75 **Das Verwenden von LNP bei Menschen wird wegen ihrer Toxizität und hiermit verbundenen gefährlichen Nebenwirkungen schon seit Jahren als kritisch eingestuft,** insbesondere wenn sie über einen längeren Zeitraum wiederholt verabreicht werden. Katalin Karikó, Senior Vizepräsidentin von BioNTech vertrat deshalb offiziell, zumindest bis vor kurzem, die Meinung, dass sich mRNA-Therapien besser für Krankheiten mit einer kurzfristigen Behandlung eignen, da so «*Toxizitäten, die durch das Trägermaterial verursacht werden*» weniger wahrscheinlich seien.[65]

76 In der wissenschaftlichen Literatur ist die Toxizität positiv geladener LNP, wie sie auch in den COVID-«Impfstoffen» verwendet werden (ALC-0315 für Comirnaty®, SM-102 für Spikevax®), schon lange bekannt.[66] Der schädigende Einfluss auf die DNA durch DNA-Strangbrüche wurde in Tierstudien bereits 2015 aufgezeigt.[67]

77 Eine Studie der Universität Tel Aviv zeigte bereits 2010, dass positiv geladene LNP bei Mäusen Entzündungsmarker (z.B. Interleukine, Interferone) drastisch (bis zu 75-mal) erhöhen.[68]

78 Diese frühen Beobachtungen wurden in einer Studie vom Juli 2021 bestätigt: Bei den mit LNP geimpften Mäusen traten rasch sichtbare Entzündungserscheinungen auf. 80 % der Mäuse, welche die höchsten durch die Nase verabreichten Dosen von LNP erhielten, starben, wahrscheinlich aufgrund der massiven Entzündungsreaktionen, die in der Lunge

---

64 BNT162b2, «Module 2.4. Nonclinical Overview», Ziff. 2.4.3.4., 08.02.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M2_24_nonclinical-overview.pdf*.

65 Statnews, «Ego, ambition, and turmoil: Inside one of biotech’s most secretive startups», 13.09.2016, *https://www.statnews.com/2016/09/13/moderna-therapeutics-biotech-mrna/*.

66 PALMER/BHAKDI, «The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity», 23.07.2021, *https://doctors4covidethics.org/wp-content/uploads/2021/07/Pfizer-pharmacokinetics-and-toxicity.pdf*; Swissmedicinfo, «Fachinformation Comirnaty», Stand 04.2022, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68225*; Swissmedicinfo, «Fachinformation Spikevax», Stand 05.2022 *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68267*.

67 BRAM KNUDSEN et al., «In vivo toxicity of cationic micelles and liposomes», 08.07.2014, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1549963414004274?via%3Dihub*.

68 KEDMI et al., «The systemic toxicity of positively charged lipid nanoparticles and the role of toll-like receptor 4 in immune activation», 11.06.2010, *https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0142961210006459*.

ausgelöst wurden. Die Wissenschaftler schlussfolgerten: «*Ähnlich wie bei der Hautinokulation führt die intranasale Verabreichung von LNP zu massiven Entzündungen. Darüber hinaus sind die entzündlichen Eigenschaften der LNP nicht ortsspezifisch und zeigen eine schnelle Diffusions-, Dispersions- und Verteilungsrate in den (anderen) Geweben.*» Die Forscher wiesen darauf hin, dass es sehr wahrscheinlich sei, dass die intramuskuläre Injektion der LNP ähnliche Entzündungsreaktionen im Muskel auslöse.[69]

79 Aus den Fachinformationen von Comirnaty® und Spikevax® geht hervor, dass in präklinischen Studien ebenfalls solche Entzündungsreaktionen beobachtet wurden:

> *«Ratten, denen intramuskulär Comirnaty® verabreicht wurde, … zeigten an der Injektionsstelle leichte Ödeme und Erytheme, Vergrösserungen der lokalen Lymphknoten und der Milz und einen Anstieg der Leukozyten (einschliesslich Basophile und Eosinophile), was auf eine Entzündungsreaktion hindeutet, ...»*[70]
>
> «Die intramuskuläre Anwendung von Spikevax® (und anderer Moderna-mRNA-Forschungsimpfstoffe) mit der gleichen Formulierung, alle 2 Wochen bis zu 4 Dosen an Ratten in Dosisstärken zwischen 9 und 150 mcg/Dosis, führte zu vorübergehenden Erythemen und Ödemen an der Injektionsstelle, einem Anstieg der Körpertemperatur und einer generellen systemischen Entzündungsreaktion.»[71]

1.3.4. Gefährlichkeit und fehlende Eignung von ALC-0159 und ALC-0315 (Comirnaty®) für die Anwendung beim Menschen

80 Aus einem Deutschen Rechtsgutachten von Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht, geht hervor, dass die beiden neuartigen Lipide ALC-0159 und ALC-0315, die erstmalig in einem Arzneimittel eingesetzt werden, bis zum 8. Dezember 2021 laut Herstellerangaben nicht für die Anwendung am Menschen, sondern nur für Forschungszwecke zugelassen waren:[72]

---

69 NDEUPEN et al., FN 57.
70 Swissmedicinfo, FN 48.
71 Swissmedicinfo, «Fachinformation Spikevax», Stand 05.2022 *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68267*.
72 BAHNER, «Rechtsgutachten zur Strafbarkeit», 27.12.2021, *https://www.docdroid.net/NjG3dS1/rechtsgutachten-rain-bahner-strafbarkeit-nach-95-amg-durch-impfung-pdf*; Internet Archive, «ALC-0315», 08.12.2021, *https://web.archive.org/web/20211208053009/https:/www.echelon-inc.com/product/alc-0315/*; Internet Archive, «ALC-0159», 08.12.2021, *https://web.archive.org/web/20211208072146/https:/www.echelon-inc.com/product/alc-0159/*.

ALC-0159 is a PEGylated lipid which has been used to form lipid nanoparticles for delivery of RNA. ALC-0159 is one of the components in the BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 in addition to ALC-0315, DSPC, and cholesterol. This product is for research use only and not for human use.

ALC-0315 is an ionizable lipid which has been used to form lipid nanoparticles for delivery of RNA. ALC-0315 is one of the components in the BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 in addition to ALC-0159, DSPC, and cholesterol. This product is for research use only and not for human use.

81 Die Angabe «*not for human use*» auf der Homepage des Unternehmens Echelon Bioscienses, welches u.a die Lipidkomponenten liefert, wurde wenige Tage später vom Unternehmen entfernt. Die auf der Homepage verbliebenen Aussagen lauten jetzt nur noch «*for research only*».[73] Dies bedeutet jedoch dasselbe, nämlich die **fehlende Geeignetheit der Stoffe als Inhaltsstoffe eines Arzneimittels zur Anwendung in oder am Menschen.**

82 In dem genannten Rechtsgutachten und im *Assessment Report* der *EMA* ist ersichtlich, dass Zulassungsinhaber Pfizer/BioNTech für ALC-0159 und ALC-0315 *bis dato* keine Dokumente und Daten zum Nachweis der einwandfreien Qualität und damit deren Eignung und Sicherheit dieser Hilfsstoffe zur Verwendung im Arzneimittel Comirnaty® vorgelegt hat, obwohl diese durch die *EMA* explizit eingefordert wurden.[74]

83 Die Lipidkomponenten sind weder im Europäischen noch im Schweizer Arzneibuch (Pharmakopöe) als Hilfsstoffe gelistet.[75] Auf Anfrage von Swissmedic dürfen nicht im Arzneibuch enthaltende Wirk- und Hilfsstoffe in Arzneimitteln verwendet werden, wenn Qualität und Sicherheit in der Zulassungsdokumentation hinreichend belegt werden.

BO: Beilage **5:** E-Mail-Antwort bzgl. Pharmakopöe, Swissmedic, 06.01.2022

84 Dies ist für ALC-0159 und ALC-0315 nachweislich nicht der Fall. Aus der Korrespondenz zwischen Swissmedic und Pfizer geht hervor, dass relevanteste Unterlagen zur Qualität und Sicherheit, insbesondere zu möglichen Verunreinigungen (dazu N 98 ff.) zu den Lipidnanopartikel (LNP)-Komponenten ALC-0159 und ALC-0315 Swissmedic nicht eingereicht worden waren und dass dies von Swissmedic beanstandet worden war.

---

73 Echelon Biosciences, «ALC-0315», 16.06.2022, *https://www.echelon-inc.com/product/alc-0315/*; Echelon Biosciences, «ALC-0159», 16.06.2022, *https://www.echelon-inc.com/product/alc-0159/*.

74 BAHNER, «Rechtsgutachten zur Strafbarkeit», 27.12.2021, *https://www.docdroid.net/NjG3dS1/rechtsgutachten-rain-bahner-strafbarkeit-nach-95-amg-durch-impfung-pdf;* European medicines agency, «Assessment report on the annual renewal of the conditional marketing authorization», 2021, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-r-0046-epar-assessment-report-renewal_en.pdf*.

75 BAHNER, «Rechtsgutachten zur Strafbarkeit», 27.12.2021, *https://www.docdroid.net/NjG3dS1/rechtsgutachten-rain-bahner-strafbarkeit-nach-95-amg-durch-impfung-pdf*; Swissmedic, «Pharmacopoea Helvetica online», 16.06.2022, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/legal/pharmacopoea/pharmacopoea-helvetica0/pharmacopoea-helvetica-online.html.*

85 Laut Aussagen in einem öffentlichen Interview vom Januar 2022, in welchem Swissmedic auf Risiken im Zusammenhang mit ALC-0159 und ALC-0315 angesprochen wurde, gab deren Sprecher zur Antwort, dass man aufgrund der im Zulassungsverfahren vorgelegten und geprüften Daten zum Schluss gekommen sei, dass die genannten neuen Hilfsstoffe und die möglicherweise darin in Spuren enthaltenen Verunreinigungen in den in Comirnaty® verwendeten Mengen «kein Risiko für den Menschen darstellen». Die Einschätzung von Swissmedic ist konträr zu derjenigen der *EMA*, welche Risiken im Zusammenhang mit den neuartigen Hilfsstoffen und dazu nicht erfüllte Sonderauflagen zum gleichen Zeitpunkt immer noch monierte.[76] Da bei der *EMA* zu diesem Zeitpunkt die für die Beantwortung der Fragen hinsichtlich Unbedenklichkeit der LNP-Komponenten relevanten Unterlagen nicht vorlagen, ist davon auszugehen, dass diese Unterlagen Swissmedic ebenso wenig eingereicht worden waren.

1.3.5. Gefährlichkeit und fehlende Eignung von SM-102 (Spikevax®) für die Anwendung beim Menschen

86 Bei Spikevax® wird als kationisches Lipid SM-102 eingesetzt, welches laut Zulassungsschreiben von Swissmedic an Moderna von der Firma *Corden Pharma* geliefert wird.

87 *Auf der Webseite von Corden Pharma* sind keine spezifischen Informationen zu SM-102 auffindbar, sehr wohl aber bei einem alternativen Anbieter, der Firma Cayman. Dort heisst es, dass SM-102 nicht für die Verwendung am Menschen oder am Tier geeignet ist und nur für Forschungszwecke eingesetzt werden darf:[77]

---

76 Medinside, «Swissmedic: Diese Hilfsstoffe sind kein Risiko für den Menschen», 20.01.2022, *https://www.medinside.ch/de/post/swissmedic-diese-hilfsstoffe-sind-kein-risiko-fuer-den-menschen*.

77 Cayman chemical, «SM-102», 16.06.2022, *https://www.caymanchem.com/product/33474/sm-102*; Cayman chemical, «SM-102 for Research Use Only (RUO)», 19.05.2021, *https://www.caymanchem.com/news/sm-102-statement*.

Product Description

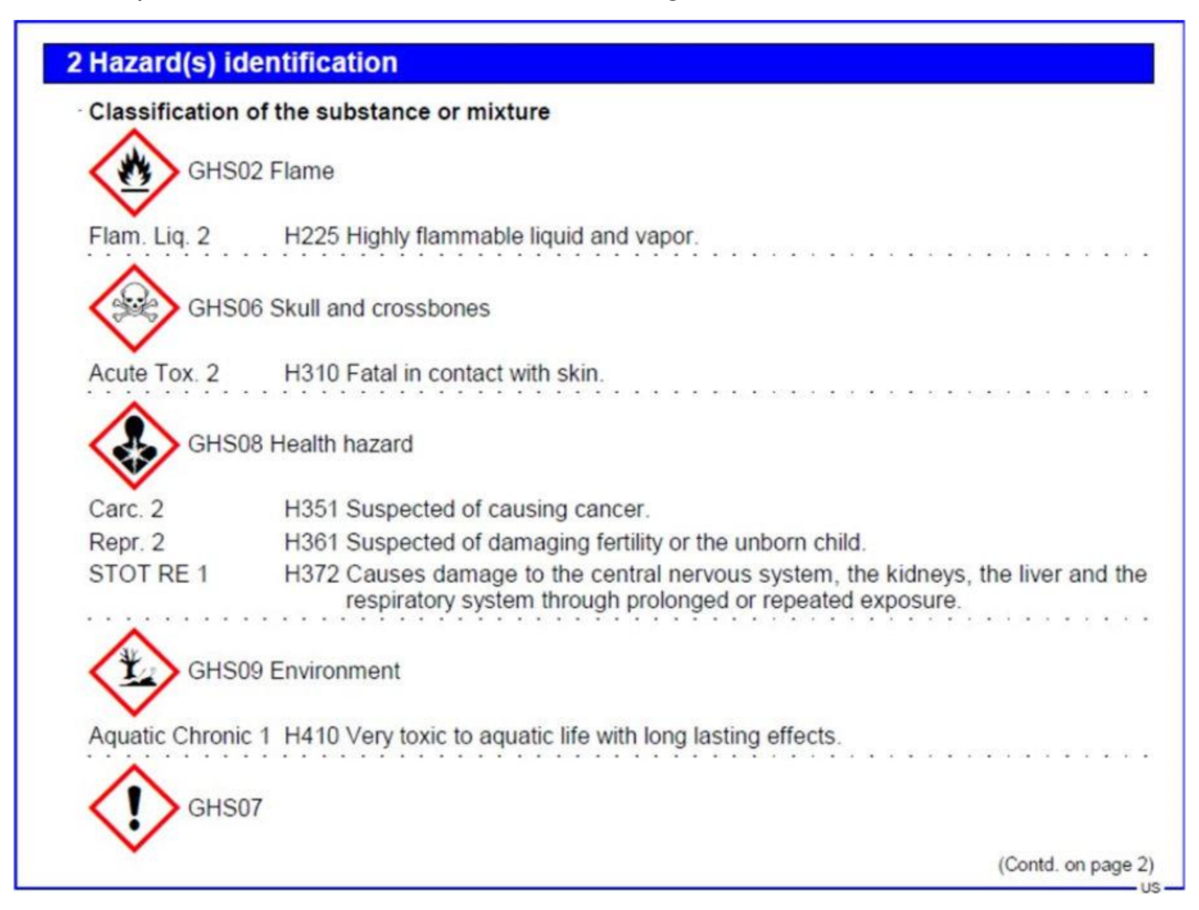
SM-102 is an ionizable amino lipid that has been used in combination with other lipids in the formation of lipid nanoparticles (LNPs).[1] Administration of luciferase mRNA in SM-102-containing LNPs induces hepatic luciferase expression in mice. Formulations containing SM-102 have been used in the development of LNPs for delivery of mRNA-based vaccines.

Read our statement on SM-102 for research use only

WARNING This product is **not** for human or veterinary use.

88 Das «*Safety Data Sheet*» von SM-102 wurde, als die neuartigen Lipide in die mediale Kritik geraten waren, angepasst und hinsichtlich Gefährlichkeit heruntergestuft:

89 Per 11. April 2021 sah das Dokument noch wie folgt aus:



2 Hazard(s) identification

· **Classification of the substance or mixture**

GHS02 Flame

Flam. Liq. 2 H225 Highly flammable liquid and vapor.

GHS06 Skull and crossbones

Acute Tox. 2 H310 Fatal in contact with skin.

GHS08 Health hazard

Carc. 2 H351 Suspected of causing cancer.
Repr. 2 H361 Suspected of damaging fertility or the unborn child.
STOT RE 1 H372 Causes damage to the central nervous system, the kidneys, the liver and the respiratory system through prolonged or repeated exposure.

GHS09 Environment

Aquatic Chronic 1 H410 Very toxic to aquatic life with long lasting effects.

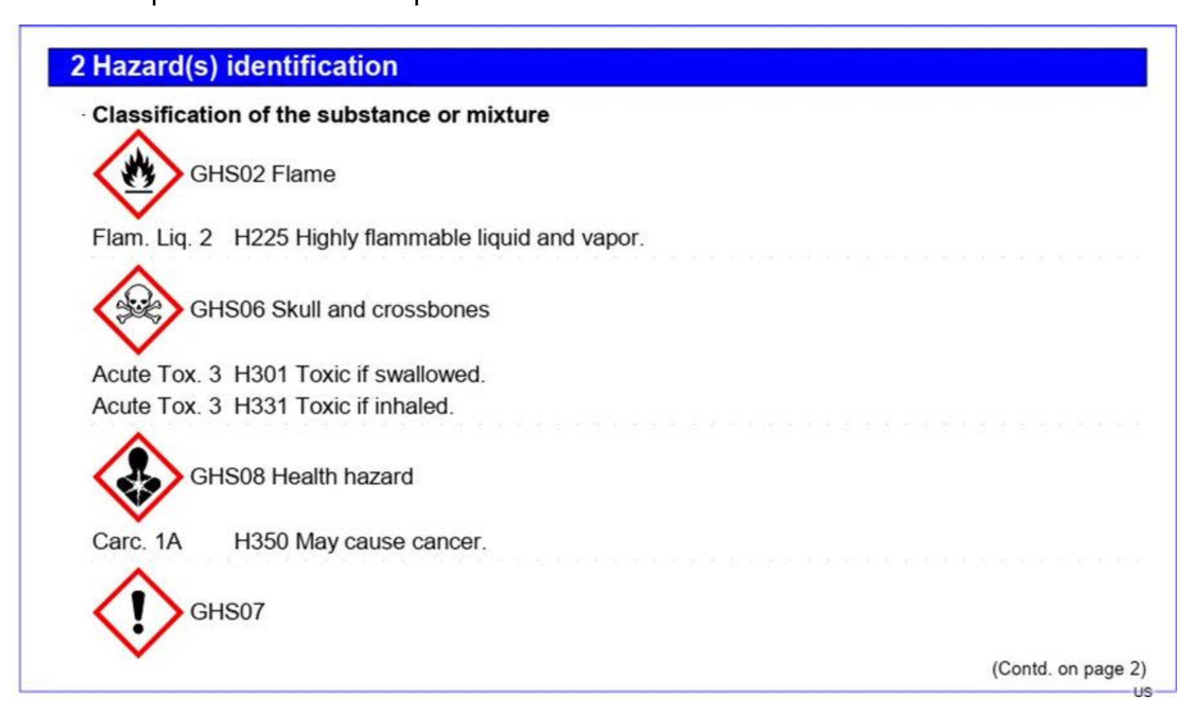
GHS07

(Contd. on page 2)

US

BO: Beilage **6:** Safety data sheet, Cayman chemical, 11.04.2021

90 Per 15. September 2021 dann plötzlich so:[78]



2 Hazard(s) identification

· Classification of the substance or mixture

GHS02 Flame

Flam. Liq. 2 H225 Highly flammable liquid and vapor.

GHS06 Skull and crossbones

Acute Tox. 3 H301 Toxic if swallowed.
Acute Tox. 3 H331 Toxic if inhaled.

GHS08 Health hazard

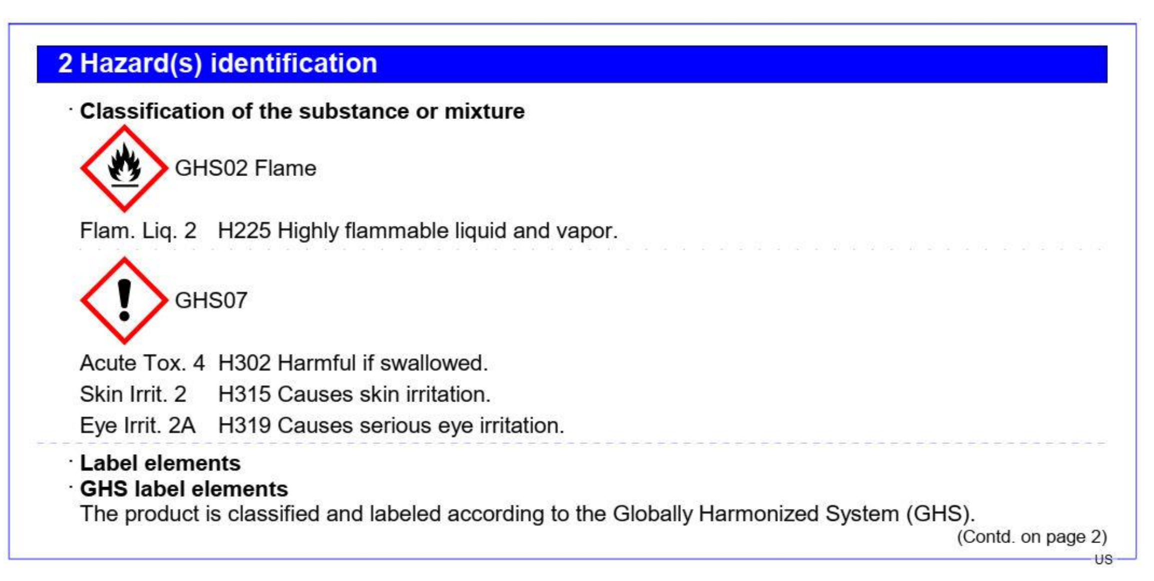
Carc. 1A H350 May cause cancer.

GHS07

(Contd. on page 2)

US

91 Und bereits ein paar Monate später erfolgte per 7. Juni 2022 die nächste Anpassung:[79]



2 Hazard(s) identification

· Classification of the substance or mixture

GHS02 Flame

Flam. Liq. 2 H225 Highly flammable liquid and vapor.

GHS07

Acute Tox. 4 H302 Harmful if swallowed.
Skin Irrit. 2 H315 Causes skin irritation.
Eye Irrit. 2A H319 Causes serious eye irritation.

· Label elements
· GHS label elements
The product is classified and labeled according to the Globally Harmonized System (GHS).

(Contd. on page 2)

US

92 Sämtliche Gefahrenhinweise waren sukzessive zurückgestuft worden: Aus «**Lebensgefahr** bei Hautkontakt» wurde demnach zuerst «**Giftig**, falls verschluckt oder inhaliert» und schliesslich noch «**gesundheitsschädlich** beim Verschlucken». Von der zweithöchsten

78 Internet Archive, «Safety Data Sheet», 15.09.2021, *https://web.archive.org/web/20211120001839/https://cdn.caymanchem.com/cdn/msds/33474m.pdf*.

79 Internet Archive, «Safety Data Sheet», 07.06.2022, *https://web.archive.org/web/20220626094044/https://cdn.caymanchem.com/cdn/msds/33474m.pdf.https://web.archive.org/web/20211120001839/https:/cdn.caymanchem.com/cdn/msds/33474m.pdf.*

Toxizitätsstufe (Acute Tox. 2) fand demnach zuerst eine Herabstufung auf Stufe 3 (Acute Tox. 3) und schliesslich gar noch auf Stufe 4 (Acute Tox. 4) statt.

93 Zudem wurde aus

- «H351 Kann vermutlich Krebs erzeugen»,
- «H361 Kann vermutlich die Fruchtbarkeit beeinträchtigen oder das Kind im Mutterleib schädigen» und
- «H372 Schädigt das zentrale Nervensystem, die Nieren, die Leber und das Atemwegssystem bei längerer oder wiederholter Exposition»

im September 2021 noch «Könnte Krebs verursachen», ehe dieser Hinweis per Juni 2022 gänzlich verschwand.

94 Aus dem Zulassungsschreiben geht hervor, dass Swissmedic vor Erteilung der befristeten Zulassung diverse Punkte hinsichtlich Qualität und Geeignetheit von SM-102 beanstandete.

95 Swissmedic forderte ebenda, dass Moderna bis zum 1. Juli 2021 Unterlagen zu u.a. folgenden Punkten nachliefert:

> «More data on the tests purity and assay of SM-102. The limits of the tests purity and assay should be further tightened accordingly.»
>
> «Impurities should be specified and limits should be implemented.»
>
> «A discussion on fate and purge of the impurities should be submitted.»

96 Weiter forderte Swissmedic ergänzende Unterlagen zu potentiell toxischen Verunreinigungen. (Beilage **3**, S. 7 f.)

97 Es ist den Anzeigeerstattern unbekannt, ob die eingeforderten Unterlagen in diesem Zusammenhang vom Zulassungsinhaber in der Zwischenzeit vorgelegt wurden.

1.4. Toxische, erbgutschädigende und krebserregende Verunreinigungen

1.4.1. Verunreinigungen mit Nitrosamin und Benzen

98 Aus den Zulassungsschreiben geht überdies hervor, dass «Swissmedic» in den mRNA-«Impfstoffen» toxische «Verunreinigungen» festgestellt hatte: So seien **Benzen** (bei Moderna) und **Nitrosamin** (bei Pfizer und Moderna) in den «Impfstoffen» enthalten.

99 Swissmedic forderte Moderna im Zulassungsbescheid auf, bis zum 1. Juli 2021 Unterlagen zu u.a. folgenden Punkten nachzuliefern (Beilage **3**, S. 7 f.):

«The control strategy for **benzene** should be submitted.»

«A risk evaluation on the potential presence of **nitrosamine impurities** …should be submitted. The risk evaluation will have to be adequately documented and, if applicable, supported by confirmatory testing in case a possible risk of presence of nitrosamines has been identified.»

100 Im Schreiben vom 19.12.2021 fordert Swissmedic Pfizer auf, fehlende Unterlagen zu den nachfolgenden Punkten «vor dem 1. Februar 2022» einzureichen (Beilage **2**, S. 6):

«Eine Risikobeurteilung (für ALC-0159 und ALC-0315) zum allfälligen Vorhandensein von Verunreinigungen mit **Nitrosamin** ist … einzureichen. Die Risikobeurteilung muss angemessen dokumentiert, und, falls ein mögliches Risiko zum Vorhandensein von Nitrosaminen identifiziert wurde, mit Daten von Bestätigungstests ergänzt werden.»

101 **Nitrosamin ist schon in kleinsten Konzentrationen stark toxisch, gehört zu den krebserregendsten Stoffen überhaupt und ist erbgutschädigend.**[80]

102 **Benzen (=Benzol) ist nachgewiesenermassen toxisch, krebserregend und erbgutschädigend.** Es wird im Gehirn, Knochenmark und Fettgewebe gespeichert.[81]

103 Derartig gefährliche Inhaltsstoffe haben in einem «Impfstoff» nichts zu suchen – auch nicht in Form von «Verunreinigungen». Vor einer Zulassung hätte Swissmedic daher zwingend weitere Unterlagen anfordern müssen, nur schon um Vorhandensein und Konzentration der toxischen Stoffe und damit das Risiko annähernd einschätzen zu können. **Stattdessen begnügte sich Swissmedic mit dem blossen Einfordern zusätzlicher Daten unter gleichzeitiger Erteilung der Zulassung.**

1.4.2. Verunreinigungen mit bakterieller DNA: Potential zur DNA-Schädigung?

104 Wie vorn (dazu N 40) beschrieben müssen von den Herstellern Massnahmen ergriffen werden, um die bei der Herstellung anfallende DNA in Reinigungsschritten wieder zu entfernen mit dem Ziel, diese unerwünschten «Kontaminationen» im fertigen Arzneimittel möglichst nicht mehr vorzufinden. Trotzdem waren die mRNA-«Impfstoffe» mit DNA aus bakteriellen Zellen (E. coli) kontaminiert. Dies dürfte auf keinen Fall passieren und deutet auf unsachgemässe Herstellung hin.

---

80 EGGBI, «Nitrosamine», 16.06.2022, *https://www.eggbi.eu/forschung-und-lehre/zudiesemthema/nitrosamine/*.

81 LANUV, «Noxen-Informationssystem für den ÖGD», 05.2012, *https://www.nis.nrw.de/publik/1/wirk.html*.

105 Aus dem *Assessment-Bericht* von Comirnaty®[82] vom 19. Februar 2021 geht denn auch hervor, dass die *EMA* die Massnahmen zur Entfernung der DNA-Kontaminationen als ungenügend dargelegt befand:

> «The robustness of the DNase digestion step is not considered comprehensively demonstrated.»

106 Die *EMA* forderte Pfizer/BioNTech dazu auf, die Spezifikationen für die DNA- Kontaminationen nochmals «neu zu bewerten».

107 Auch Swissmedic stufte die DNA-Kontaminationen in Spikevax® im Zulassungsschreiben an Moderna als kritisch ein und forderte die Zulassungsinhaberin explizit dazu auf, die Spezifikationen für in der Impfstofflösung aus dem Herstellprozess zurückgebliebene DNA-Überreste («residuelle DNA-Templates») per 30. Juni 2021 enger zu setzen (Beilage **3**, S. 4).

108 Die im Impfstoff als Verunreinigung enthaltende DNA kann **in das Genom der Wirtszellen integriert** werden und so potenziell schädliche Mutationen verursachen. Bakterielle DNA fördert ausserdem unspezifisch Entzündungen.[83] In einem «Impfstoff» haben derartige DNA-Sequenzen schlicht nichts verloren – trotzdem wurde die Zulassung erteilt.

1.5. Erhöhtes Risiko für Schwangere

1.5.1. Tierstudie: Doppelte Anzahl Präimplantationsverluste und Missbildungen

109 Das von Swissmedic beauftragte *Human Medicines Experts Comittee* (*HMEC*) fasste im Sitzungsprotokoll vom 18.12.2020 zum Punkt «Schwangerschaft» für Comirnaty® zusammen: «***Die Schwangerschaft soll unter «Vorsichtsmassnahmen» aufgeführt werden****. Im Moment gibt es wenig Daten bei Schwangeren, und* ***<u>präklinische Studien haben ein mögliches Risiko bei Schwangerschaften festgestellt</u>****.*» (Beilage **2**, S. 16).

110 Auch Swissmedic selbst schlussfolgerte im Zulassungsschreiben frei übersetzt: «*Die laufenden und vorgeschlagenen zusätzlichen Pharmakovigilanz-Aktivitäten werden als ausreichend angesehen, um die wichtigen ...* ***fehlende Informationen «Verwendung in Schwangerschaft und Stillzeit***» *weiter zu charakterisieren …*» (Beilage **2**, S. 11).

111 Der Auszug einer «DART-Studie» («Developmental and Reproductive Toxicology Study), welche Pfizer bei Ratten durchführte, untermauert das vom *HMEC* festgestellte mögliche

---

82 European medicines agency, «Assessment report comirnaty», 19.02.2021, S. 16f. und 40, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf*.

83 PALMER et al, FN 46.

Risiko in der Schwangerschaft: «*Es gab einen **Anstieg (~2x)** der **Präimplantationsverluste** (9,77%, verglichen mit 4,09% in der Kontrollgruppe). ... Unter den Föten (von insgesamt n=21 Müttern/Würfen) gab es eine sehr geringe Inzidenz von **Gastroschisis** (Defekt der vorderen Bauchwand)**, Mund-/Kieferfehlbildungen, rechtsseitigem Aortenbogen und Halswirbelanomalien***.» Es traten somit prinzipiell Missbildungen auf. Das Vorkommen wurde von Pfizer als «sehr niedrig» und «im Rahmen des üblichen Bereiches» eingeschätzt. Diese Einstufung kann aufgrund der nicht vorliegenden Rohdaten nicht abschliessend eingeordnet werden.

112 Der beobachtete Präimplantationsverlust deutete auf eine Toxizität in einem sehr frühen Entwicklungsstadium, entweder für den Embryo oder die entstehende Plazenta, hin. Dies könnte durch eine hohe Expression von Spike-Proteinen, aber auch durch toxische Lipide verursacht werden.[84] Pfizer selbst wies im zitierten Bericht der DART-Studie darauf hin, dass nicht untersucht worden war, ob der «Impfstoff» die Plazenta passieren konnte: «*It is noted that there is currently no available data on the placental transfer of BNT162b2*.»

113 Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Fragestellung der potentiellen Schädlichkeit des «Impfstoffes» für Ungeborene vom Zulassungsinhaber trotz Hinweisen auf Implantationsschwierigkeiten resp. erhöhten Abortraten und beobachteten Missbildungen mit dem Hinweis, dass sich diese Raten «im Bereich des Normalen» bewegten, basierend auf lediglich n=21 Würfen nicht genauer und ausgedehnter untersucht worden war. Dass von Swissmedic keine weiteren präklinischen Daten zu dieser Fragestellung eingefordert wurden, im Wissen, dass der Impfstoff im Verlauf allen Schwangeren verabreicht werden sollte, zeigt, dass Swissmedic nicht im Sinne und zum Schutze der Schweizer Bevölkerung agierte.

BO: Beilage **7:** E-Mail-Antwort bzgl. comirnaty fertility trials, Pfizer, 07.01.2021

114 Laut Protokoll der *HMEC*-Sitzung vom 18.12.2020 gab es seitens Swissmedic keine Anmerkungen zum Inhalt des Protokolls, d.h. Swissmedic hatte der Einschätzung des *HMEC* zugestimmt (Beilage **2**, S. 16).

115 Es verwundert, wie Swissmedic im Anschluss für die Fachinformation von Comirnaty® (Beilage **4**) den nachfolgenden Inhalten in der Rubrik «*Schwangerschaft, Stillzeit*» und «*Entwicklungstoxizität*» zustimmen konnte bzw. diese genehmigte: «*Es liegen nur begrenzte Erfahrungen zur Anwendung von Comirnaty® bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien weisen nicht auf direkte oder indirekte schädliche Wirkungen in Bezug*

84 PALMER/BHAKDI, «The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity», 23.07.2021, *https://doctors4covidethics.org/wp-content/uploads/2021/07/Pfizer-pharmacokinetics-and-toxicity.pdf*.

auf Schwangerschaft, embryonale/fötale Entwicklung, Geburt oder postnatale Entwicklung hin.» und «***Es wurden keine impfstoffbedingten Wirkungen auf die weibliche Fertilität, die Trächtigkeit oder die embryofötale Entwicklung oder auf die Entwicklung der Nachkommen festgestellt.***»

116 Diese Aussagen sind konträr zu den Erkenntnissen und den Empfehlungen des durch Swissmedic beauftragten *HMEC*.

117 Das *HMEC* empfahl, die befristete Zulassung gutzuheissen, mit u.a. der Bedingung, dass das Thema «*Schwangerschaft*» und die mangelnde Datenlage in diesem Zusammenhang in der Rubrik «*Vorsichtsmassnahmen*» in der Fachinformation aufgenommen werden solle (Beilage **2**, S. 16).

118 **Dies wurde von Swissmedic nachweislich nicht umgesetzt.** Ein entsprechender Hinweis wurde in der erwähnten Rubrik in der Fachinformation (Beilage **4**) nicht aufgenommen.

119 Sowohl bei Comirnaty® als auch bei Spikevax® waren schwangere Frauen von einer Teilnahme an den Phase-3-Studien ausgeschlossen.[85]

1.5.2. Britische Gesundheitsbehörde und WHO: Keine Empfehlung für Schwangere

120 **Die britische Gesundheitsbehörde wies** basierend auf der zum Zulassungszeitpunkt vorliegenden Datenlage in der Arzneimittelinformation "*Information for Healthcare Professionals on Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine*"[86] vom 8. Dezember 2020, welche anlässlich der Notfallzulassung von Comirnaty® publiziert wurde, **explizit darauf hin, dass die Impfung von Pfizer nicht für die Verwendung während der Schwangerschaft empfohlen werden könne, dass eine Schwangerschaft vor der Impfung ausgeschlossen werden und Frauen im gebärfähigen Alter eine Schwangerschaft für mindestens zwei Monate nach der zweiten Dosis vermeiden sollten und dass der Einfluss auf die Fruchtbarkeit nicht bekannt sei:**

4.6 Fertility, pregnancy and lactation

---

85 Pfizer, «A phase 1/2/3, placebo-controlled, randomized, observer-blind, dose-finding study to evaluate the safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy of SARS-CoV-2 RNA vaccine candidates against Covid-19 in healthy individuals», 11.2020, *https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf*; Internet archive, «clinical study protocol», 20.08.2020, *https://web.archive.org/web/20220325130049/https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf*.

86 Internet Archive, «Information for Healthcare Professionals on Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine»*, 08.12.2020, https://web.archive.org/web/20201208152320/https:/www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19/information-for-healthcare-professionals-on-pfizerbiontech-covid-19-vaccine*.

Pregnancy
There are no or limited amount of data from the use of COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2. Animal reproductive toxicity studies have not been completed. COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 is not recommended during pregnancy.

For women of childbearing age, pregnancy should be excluded before vaccination. In addition, women of childbearing age should be advised to avoid pregnancy for at least 2 months after their second dose.

Breast-feeding
It is unknown whether COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 is excreted in human milk. A risk to the newborns/infants cannot be excluded. COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 should not be used during breast-feeding.

Fertility
It is unknown whether COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 has an impact on fertility.

121 Ebenso wies die ***WHO* in einem Factsheet vom Februar 2021**[87] darauf hin, dass die **Impfung bei Schwangeren generell nicht empfohlen** werde und nur in Ausnahmefällen (z.B. beim Gesundheitspersonal, welches einem hohen Risiko ausgesetzt ist) durchgeführt werden solle:

Special conditions and groups

Condition/group	SAGE recommendation
Pregnancy	• Vaccination is not recommended unless the benefit of vaccinating a pregnant woman outweighs the risks (e.g. health workers at high risk of exposure).

122 Im Gegensatz zu diesen vorliegenden Empfehlungen wurde in der von Swissmedic genehmigten ersten verfügbaren Fachinformation von Comirnaty® nicht von der Impfung von Schwangeren abgeraten, sondern die Möglichkeit offengehalten, für den Fall, dass «Vorteile das Risiko für Mutter und Fötus überwiegen» (Beilage **4**, «Schwangerschaft, Stillzeit»):

Die Verabreichung von Comirnaty in der Schwangerschaft sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn die möglichen Vorteile die potenziellen Risiken für Mutter und Fötus überwiegen.

123 Basierend auf der zu diesem Zeitpunkt (und bis dato) vorliegenden Daten, welche unmissverständlich auf ein vorhandenes Risiko für den Fötus hindeuteten, scheint gänzlich unverständlich, dass Swissmedic diese Option offenliess und die Verantwortung hiermit an behandelnde Ärzte delegierte.

---

87 WHO, «Fact sheet for health workers: Comirnaty», 02.2021, *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339681/WHO-EURO-2021-1964-41715-57093-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y*.

1.5.3. Australische Gesundheitsbehörde ignoriert Warnungen ebenfalls

124 Auch der Reviewer der australischen Gesundheitsbehörde, welcher die präklinischen Studiendaten von Comirnaty® begutachtet hatte, kam zum Schluss, dass diese ein erhöhtes Risiko für Schwangere gezeigt hatten. Er empfahl Schwangerschaftskategorie B2[88]:

> Increased incidence of supernumerary lumbar ribs in rat fetuses was noted in the fertility and developmental study with the proposed vaccine. Pregnancy category B2 is considered acceptable.

125 Auch diese Empfehlung wurde in der anschliessend publizierten Arzneimittelinformation gegenteilig umgesetzt, der Hinweis auf die Risiken stattdessen gestrichen und Comirnaty® mit Schwangerschaftskategorie B1 versehen[89]:

> **Use in pregnancy - Pregnancy Category B1**
>
> There is limited experience with use of COMIRNATY in pregnant women. Animal studies do not indicate direct or indirect harmful effects with respect to pregnancy, embryo/fetal development, parturition or post-natal development (see Effects on fertility). Administration of COMIRNATY in pregnancy should only be considered when the potential benefits outweigh any potential risks for the mother and fetus.

126 Obwohl Tierstudien auf ein erhöhtes Risiko hindeuteten, wurde Comirnaty® somit einer Schwangerschaftskategorie zugeordnet, welches normalerweise Arzneimitteln vorbehalten ist, welche in Tierstudien belegt haben, dass sie mit keinem erhöhten Risiko behaftet sind [90]:

> **Category B1**
>
> Drugs which have been taken by only a limited number of pregnant women and women of childbearing age, without an increase in the frequency of malformation or other direct or indirect harmful effects on the human fetus having been observed.
>
> Studies in animals have not shown evidence of an increased occurrence of fetal damage.
>
> **Category B2**
>
> Drugs which have been taken by only a limited number of pregnant women and women of childbearing age, without an increase in the frequency of malformation or other direct or indirect harmful effects on the human fetus having been observed.
>
> Studies in animals are inadequate or may be lacking, but available data show no evidence of an increased occurrence of fetal damage.

---

88 Therapeutic goods administration, «Delegate's Overview and Request for ACV's Advice», 11.01.2021, S. 8 und 27, *https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-01.pdf*.

89 Therapeutic goods administration, «Australian product information - cominarty», 25.01.2021, S. 7, *https://www.tga.gov.au/sites/default/files/auspar-bnt162b2-mrna-210125-pi.pdf*.

90 Therapeutic goods administration, «Australian categorisation system for prescribing medicines in pregnancy», 04.05.2011, *https://www.tga.gov.au/australian-categorisation-system-prescribing-medicines-pregnancy*.

127 Die Vorgehensweise ist analog derjenigen von Swissmedic: Die Behörde ignorierte Risikosignale aus den präklinischen Studien bewusst und setzte Vorsichtsmassnahmen willentlich nicht um.

1.5.4. Zwischenfazit

128 Bereits im Dezember 2020 wusste Swissmedic also, dass in **präklinischen Studien ein mögliches Risiko bei Schwangerschaften** festgestellt worden war. Auch dieses Risiko hat Swissmedic in keiner Weise angemessen adressiert – ja ebenso wie die australische Zulassungsbehörde gar **verheimlicht.**

1.6. Noch nie dagewesene kurze «Entwicklungszeit»

129 Die befristeten Zulassungen der COVID-«Impfstoffe» wurden basierend auf **«Phase I/II/III»-Studien** erteilt, in welchen die Studienteilnehmer im Median gerade einmal über **lediglich zwei Monate** beobachtet worden waren.[91]

1.7. Fehlende, unvollständige, alarmierende und sabotierte Studien

1.7.1. Fehlende und unvollständige Tierstudien zu Toxizität

130 Die einzelnen Schritte bei der Entwicklung eines Arzneimittels und insbesondere die im Rahmen der präklinischen Phase nötigen und üblichen Untersuchungen zur Belegung der Unbedenklichkeit werden in der Strafanzeige (Abschnitt «Tathandlung Swissmedic») ausführlich beschrieben: Ein Arzneimittel gilt solange als gefährlich, bis seine Sicherheit nachgewiesen wurde. Dabei dürfen nur Arzneimittelkandidaten, die alle Untersuchungen der präklinischen Phase bestanden, d.h. ihre Sicherheit bei Tieren in vivo hinreichend belegt haben, in die nächste Entwicklungsphase mit Studien an Menschen (klinische Studien) eintreten.

131 Laut *Modul 2.4 «Non clinical overview», Table 2.4.4.1 (S.22)* [92] *(dieses Modul wurde als Teil des Zulassungsdossiers auch Swissmedic vorgelegt)* wurden für Comirnaty® gerade einmal drei Toxizitätsstudien durchgeführt:

---

[91] POLACK et al., «Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine», 31.12.2020, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2034577?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*; BADEN et al., «Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine», 04.02.2021, *https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2035389?articleTools=true*.

[92] BNT162b2, FN 61.

Table 2.4.4-1. Overview of Toxicity Testing Program

Study[a]	Study (Sponsor) No.	Group/ Dose, µg RNA	Total Volume (µL)[b]	No. of Animals/ Group	Study Status
Repeat-Dose Toxicity					
17-Day, 2 or 3 Dose (1 Dose/Week) IM Toxicity With a 3 Week Recovery Phase in Rats[c,d]	38166	Control[e], 0	200[f]	15/sex	Completed
		BNT162b2 (V8)[i], 100	200[f]	15/sex	
17-Day, 3 Dose (1 Dose/Week) IM Toxicity With a 3 Week Recovery Phase in Rats[g]	20GR142	Saline[h], 0	60	15/sex	Completed
		BNT162b2 (V9)[i], 30	60	15/sex	
Developmental and Reproductive Toxicity					
Combined Fertility and Developmental Study (Including Teratogenicity and Postnatal Investigations) by the IM route in Rats[j]	20256434 (RN9391 R58)	Saline[h], 0	60	44 F	Completed
		BNT162b2 (V9)[i], 30	60	44 F	

a. All studies are GLP-compliant and were conducted in an OECD mutual acceptance of data-compliant member state.
b. Doses were administered as 1 application at 1 site unless otherwise indicated.
c. Study also evaluated the BNT162a1, BNT162b1, and BNT162c1 vaccine candidates.
d. QW x 3 (Days 1, 8, 15) for BNT162a1, BNT162b1, and BNT162b2 (V8); QW x 2 (Days 1, 8) for BNT162c1.
e. Phosphate buffered saline, 300 mM sucrose.
f. One application (100 µL) at 2 sites for a total dose volume of 200 µL.
g. Study also evaluated BNT162b3.
h. Sterile saline (0.9% NaCl).
i. BNT162b2 (V8) and BNT162b2 (V9) both encode the same amino acid sequence of the spike protein antigen with two prefusion conformation-stabilizing amino acids in the stalk.
j. Study also evaluated BNT162b1 and BNT162b3.

132 Bei zwei Studien handelte es sich um allgemeine Toxizitätsstudien, in welchen die Verträglichkeit der «Impfstoff»-Formulierung bei männlichen und weiblichen Ratten untersucht wurde. Bei der dritten Studie handelt es sich um eine Reproduktionsstudie (*DART*-Studie), in welcher die Gefährlichkeit der «Impfung» bei weiblichen trächtigen Ratten untersucht wurde. Diese *DART*-Studie hatte, wie bereits (dazu vorne N 111) dargelegt, ein erhöhtes Risiko für Nachkommen und damit auch für eine Schwangerschaft beim Menschen gezeigt.

133 Der Einfluss des «Impfstoffes» auf die Fertilität männlicher Ratten wurden nicht untersucht. Es fehlen somit bis heute Daten,[93] welche die Unbedenklichkeit einer Anwendung von COVID-«Impfstoffen» bei jungen Männern im Reproduktionsalter belegt hätten.

93 Siehe dazu die Hinweise hinten N 522 f. betreffend eine Analyse von 220 Spermienproben.

134 Bei den COVID-«Impfstoffen» wurde unter Berufung auf die *WHO-Guideline* («*WHO EXPERT COMMITTEE ON BIOLOGICAL STANDARDIZATION*», 2005)[94] offiziell auf wichtige präklinische in vivo-Studien verzichtet.

135 Die Berufung auf diese *WHO-Guideline* ist in sachlich-wissenschaftlicher Hinsicht in keiner Weise zu rechtfertigen: Sie stammt aus dem Jahr 2005, also aus einer Zeit, in welcher die Anwendung von experimentellen mRNA-Gentherapien am Menschen bestenfalls in weiter Ferne erkennbar war. Wie solch ein völlig veraltetes Dokument als Grundlage dafür dienen soll, die Anforderungen hinsichtlich Sicherheit an eine erstmalige Zulassung von mRNA-«Impfstoffen» für eine gesunde Weltbevölkerung nicht herauf-, sondern gar noch herabzusetzen, ist völlig unverständlich.

136 Hinzu kommt, dass selbst in ebendiesen ***WHO-Empfehlungen*** explizit **darauf hingewiesen** wird, dass **präklinische «*in-vivo*»-Studien** («*Nonclinial testings*») **bei «neuartigen Impfstoffen» prinzipiell ausführlicher ausfallen sollten:**

> «Die Notwendigkeit und der Umfang der nichtklinischen Tests hängen von dem zu prüfenden Produkt ab. **Bei einem Produkt, für das es keine früheren nichtklinischen und klinischen Erfahrungen gibt, dürften die nichtklinischen Tests beispielsweise umfangreicher sein als bei Impfstoffen, die bereits zugelassen sind und am Menschen verwendet werden.** … Eine frühzeitige Kommunikation zwischen dem Impfstoffhersteller und der zuständigen nationalen Zulassungsbehörde, um sich über die Anforderungen und die Art der nichtklinischen Tests zu verständigen, wird empfohlen.»[95]

Die *WHO-Guideline* gibt damit gerade keinen «Freipass» zur Auslassung elementarer Studien zur Gewährleistung der grundlegendsten Sicherheit – ganz im Gegenteil. Angesichts fehlender klinischer Erfahrungen betreffend mRNA-«Impfstoffen» wäre «Swissmedic» – ganz dem eigenen Leitbild und Art. 1 HMG entsprechend – verpflichtet gewesen, dafür zu sorgen, «dass die zugelassenen Heilmittel qualitativ einwandfrei, wirksam und sicher sind.»[96] Den Zulassungsverfügungsschreiben von Swissmedic an Pfizer (Beilage **2**) und Moderna (Beilage **3**) sind aber keinerlei Hinweise zu entnehmen, nach denen «Swissmedic» ernsthafte Massnahmen zwecks Einforderung der präklinischen Studien

---

94 WHO, «WHO expert committee on biological standardization», 2005, *http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43094/WHO_TRS_927_eng.pdf;jsessionid=64155AFF93B13895E1A78876139255A7?sequence=1*, S. 31 ff.

95 WHO, FN 94, S. 33.

96 Swissmedic, «Leitbild», 16.06.2022, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/ueber-uns/swissmedic--schweizerisches-heilmittelinstitut/leitbild.html*.

ergriffen hätte, um die Risiken bei der Anwendung am Menschen hinreichend abschätzen und ausräumen zu können.

1.7.2. Fehlende und unterdrückte Tierstudien zu Pharmakokinetik

137 Die Pharmakokinetik beschreibt die Gesamtheit aller Prozesse, denen ein Arzneimittel im Körper unterliegt. Die Verteilung, das Verbleiben und der Abbau von Arzneistoffen im Körper bei Tier und Mensch muss normalerweise sorgfältig und zwingend vor Beginn der klinischen Studien mit Menschen, beispielsweise mittels Markierung mit radioaktiven Substanzen, untersucht werden (zu den zwingend einzureichenden Studien und Unterlagen in den verschiedenen Zulassungsverfahren siehe ausführlich Strafanzeige, Abschnitt «Tathandlung Swissmedic»).

1.7.2.1 Fehlende Pharmakokinetik-Studien insbesondere zu Spike-Protein

138 Unter Berufung auf die aktuell gültigen *WHO-Guidelines* («*WHO EXPERT COMMITTEE ON BIOLOGICAL STANDARDIZATION*», 2005)[97] wurden für die COVID-«Impfstoffe» offiziell keine Pharmakokinetikstudien durchgeführt, da dies laut Guidelines für Impfstoffe «nicht als notwendig» erachtet wurde.

139 Auf die fehlende Aktualität der *WHO-Guidelines* und die Delegation der Zuständigkeit hinsichtlich des Erfordernisses, bei nicht erprobten Impfstoffen präklinische Daten an die nationale Zulassungsbehörde zu liefern, wurde bereit aufmerksam gemacht (dazu vorn N 135 f.).

140 In den Fachinformationen beider in der Schweiz zugelassenen mRNA-COVID-«Impfstoffe» sind in der Rubrik «*Pharmakokinetik*» bis dato keinerlei Daten verfügbar, unter den Punkten *Absorption, Distribution, Metabolismus und Elimination* findet sich der Hinweis «*nicht zutreffend*», in der Fachinformation von Spikevax® mit dem zusätzlichem Vermerk «*Für Impfstoffe ist keine Beurteilung der pharmakokinetischen Eigenschaften erforderlich*».[98]

141 Da die COVID-«Impfstoffe» die Kriterien für einen Impfstoff nachweislich nicht erfüllen und da es sich um völlig neuartige Gentherapien handelt, die in dieser Form noch nie für die Anwendung beim Menschen zugelassen worden sind, hätte Swissmedic als unabhängige Zulassungsbehörde, die an sich und ihre Arbeit hohe qualitative und ethische Ansprüche stellt, zum Schutze der Schweizer Bevölkerung selbstverständlich fundierte Pharmakokinetikdaten einfordern müssen.

---

97 BioNTech, «Investigator's brochure BNT162/PF-07302048», 12.08.2020, S. 34, *https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2183-09.pdf*; WHO, FN 94.

98 Swissmedicinfo, FN 48 und 71.

142 **Detailliert untersucht werden müssen hätte insbesondere die Pharmakokinetik der mRNA, des produzierten Spike-Proteins und der Lipidnanopartikel (LNP)**. Die Risiken der mRNA und der sie umhüllenden LNP waren bereits zum Zeitpunkt der Zulassung der Grundimmunisierung bekannt (dazu vorne N 64 ff.). Die Gefährlichkeit der Spike-Proteine offenbarte sich erst im Verlauf, weshalb sie später (dazu hinten N 299 ff. und N 525 ff.) ausführlich abgehandelt werden.

143 Es sei angemerkt, dass das ***HMEC*** **als Auflage für die Erteilung der befristeten Zulassung explizit verlangte**, dass die **Expression des Spike-Proteins in den Geweben «*weiter untersucht werden solle*»** (Beilage **2**, S. 15).

144 Aufgrund der bis dato hierzu gänzlich fehlenden Angaben in den Fachinformationen von Comirnaty® und Spikevax® (Rubrik «Pharmakokinetik»)[99], muss davon ausgegangen werden, dass bis heute keine solchen Daten für das Spike-Protein eingefordert und eingereicht wurden.

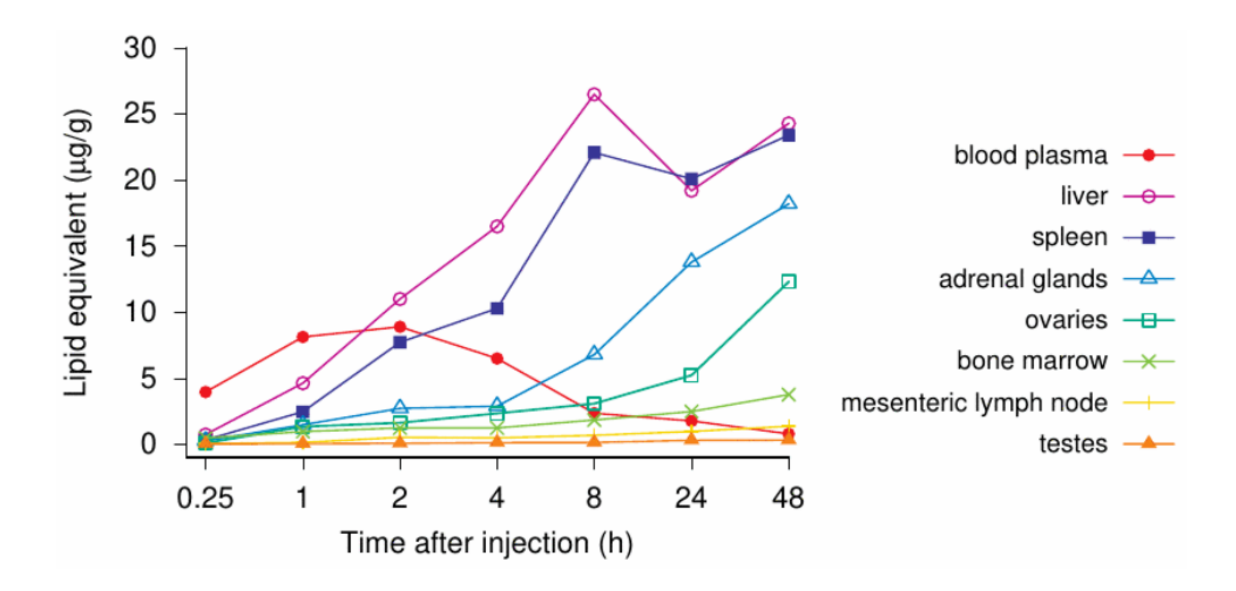
1.7.2.2 Swissmedic ignoriert durchgeführte Pharmakokinetikstudien von Pfizer

145 Offiziell liegen laut den von Swissmedic genehmigten Fachinformationen für die COVID-«Impfstoffe» also keine Pharmakokinetikdaten vor. Aus den mittlerweile international veröffentlichten Zulassungsunterlagen von Comirnaty®, Modul 2.4 «*Non clinical overview*»,[100] geht hervor, dass diese Information nicht der Wahrheit entspricht. Seitens der Herstellerin waren vor der Zulassung sehr wohl mehrere präklinische Pharmakokinetikstudien mit Komponenten der finalen Impfstoff-Formulierung durchgeführt worden. Die Resultate dieser **Studien gelten laut Pfizer und BioNTech, welche den «Impfstoff» weltweit in Kooperation vermarkten, als repräsentativ für den mRNA-Impfstoff,**[101] **werden bis dato in der Fachinformation aber gänzlich verschwiegen.** Dies ist in keiner Weise nachvollziehbar, sind die Ergebnisse dieser Studien doch äusserst brisant:

146 Die Resultate einer Pharmakokinetikstudie mit einem Modellimpfstoff (die mRNA kodierte für Luciferase und nicht für das SARS-CoV-2-Spike-Protein, aber die LNP hatten die gleiche chemische Zusammensetzung wie Comirnaty®) bei Ratten – welche Pfizer der Japanischen Zulassungsbehörde 2020 zur Erteilung der Notzulassung vorgelegt hatte[102] –, zeigen, dass die in den Impfstoffen verwendeten **LNP** (radioaktiv markiert wurde das enthaltene Cholesterol) nach Applikation in den Muskel rasch aus dem Muskelgewebe in den Blutkreislauf aufgenommen wurden. Der höchste Plasmaspiegel wurde zwei Stunden

99 Swissmedicinfo, FN 48 und 71.
100 BNT162b2, FN 61.
101 BNT162b2, «Module 2.4. Nonclinical Overview», Ziff. 2.4.3.4, 08.02.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M2_24_nonclinical-overview.pdf.*
102 PALMER/BHAKDI, FN 84.

nach der Injektion erreicht. Nach dem Sinken des Blutplasmaspiegels, stieg die Aktivität in diversen Organen, u.a. auch im Gehirn, an. Der schnellste und höchste Anstieg wurde in der Leber und der Milz beobachtet, eine **Akkumulation** erfolgte in weiteren Organen, u.a. in hohen Konzentrationen in den Eierstöcken:[103]



147 Die berichteten Messungen wurden nach 48h gestoppt, obwohl die Konzentrationen zu diesem Zeitpunkt noch in diversen Organen (Nebenniere, Knochenmark, Leber, Lymphknoten, Eierstöcke) anstiegen.

148 Bereits nach Vorliegen dieser Studienresultate war somit offensichtlich, dass die COVID-«Impfstoffe» nicht am Injektionsort verblieben, sondern sich im ganzen Körper verteilten.

149 Die Beobachtungen decken sich mit sehr viel früheren Untersuchungen zu dieser Thematik: Die Distribution von LNP im Körper wurde bereits 2014 bei Mäusen mittels radioaktiver Markierung untersucht. Hierbei zeigte sich ebenfalls, dass sich die LNP im ganzen Körper verteilten uns insbesondere in spezifischen Organen, wie Leber, Milz, den Nebennieren und der Samenblasenwand anreicherten.[104]

150 Bis zur eindeutigen Widerlegung muss zwingend auch davon ausgegangen werden, dass die Produktion des Spike-Proteins in allen Geweben erfolgt, in welchen sich die LNP mit den enthaltenen mRNA anreichern.

---

103 Pfizer confidential translated, FN 59; Grafische Darstellung gemäss PALMER/BHAKDI, FN 84, S. 6.

104 CHRISTENSEN et al., «Biodistribution and Metabolism Studies of Lipid Nanoparticle–Formulated Internally [3H]-Labeled siRNA in Mice», 03.01.2014, *https://dmd.aspetjournals.org/content/42/3/431.long*.

1.7.2.3 Fehlende Daten zum Abbau der modifizierten mRNA

151 Bei der in den COVID-«Impfstoffen» verwendeten mRNA (messenger RNA) handelt es sich um eine modifizierte RNA, bei der das natürlich vorkommende Uridin durch Pseudo-Uridin ersetzt wird, um die Halbwertszeit zu verlängern. Es ist bekannt, dass sich der Abbau der (m)RNA durch eine zusätzliche gezielte Modifikation an den nicht zum Proteincode gehörenden Enden der (m)RNA-Stränge umgehen oder zumindest hinauszögern lässt. Die mRNA-Stränge der COVID-«Impfstoffe» haben für diesen Zweck spezielle «Endkappen» am 5`-Ende und veränderte Basenabfolgen am gegenüberliegenden Endstück dem Poly-Tail-A. Auch der auf diesen «Schwanz» folgende 3-UTR-Abschnitt, ein ebenfalls nicht für die Proteinproduktion ausgelesener Teil der mRNA, ist modifiziert.[105]

152 Es ist infolgedessen davon auszugehen, dass die in den COVID-«Impfstoffen» verwendete **modifizierte mRNA** im Vergleich zur natürlich vorkommender (m)RNA **deutlich verzögert abgebaut** wird.

153 In der Zulassungsverfügung von Spikevax® schreibt Swissmedic: (Beilage **3**; S. 9):

> «Es wurde kein Bericht über die ADME (Absorption, Verteilung, Metabolismus, Eliminierung) der modifizierten mRNA vorgelegt. Es wurden Daten aus zellbasierten Experimenten zusammengefasst, bei denen kein Unterschied in der mRNA-Halbwertszeit zwischen unmodifizierter mRNA und den gleichen Sequenzen, die vollständig mit N1-Pseudo-Uridin substituiert sind, festgestellt wurde. Diese Daten sollen Swissmedic so bald wie möglich in einem vollständigen Bericht vorgelegt werden.»

154 Bei den in den Impfstoffen verwendeten mRNA wurde, wie bereits erläutert, nicht nur Uridin durch Pseudouridin ausgetauscht, sondern zusätzlich die Verkappung des 5'-Ende modifiziert.

155 Aus der Zulassungsverfügung geht nicht klar hervor, ob Swissmedic dieser Tatsache Rechnung getragen hat. Swissmedic hätte konkret Studien einfordern müssen, die nicht nur die Modifizierung hinsichtlich Uridin-Pseudouridin, sondern auch hinsichtlich modifizierter Verkappung des 5'-Ende vergleichen resp. den verzögerten Abbau der in den COVID-«Impfstoffen» verwendeten mRNA generell detailliert untersuchen.

156 Im Zulassungsschreiben an Pfizer moniert Swissmedic ebenso, dass keine Pharmakokinetikstudien mit der Impfstoff-mRNA durchgeführt wurden (Beilage **2**, S. 7):

---

[105] Scinexx, «Die Tücke liegt im Detail», 08.10.2021, *https://www.scinexx.de/dossierartikel/die-tuecke-liegt-im-detail/.*

«Swissmedic empfiehlt dringend, die Kinetik der modifizierten mRNA in vitro und in vivo im Detail zu analysieren.»

157 **Massnahmen zur Einforderung dieser Daten sind bis dato offensichtlich unterlassen worden.**

158 Da die Markierung von (m)RNA mit radioaktivem Jod und infolgedessen die Verfolgung der Verteilung dieser markierten m(RNA) im Körper relativ einfach durchgeführt werden kann,[106] ist in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb von den Zulassungsinhabern solche Daten nicht proaktiv eingereicht und weshalb sie von Swissmedic nicht eingefordert wurden.

159 Die mRNA kodiert das Spike-Protein, welches nachgewiesenermassen toxisch ist (siehe hinten N 299 ff. und N 525 ff.). Unter diesem Gesichtspunkt ist es absolut essentiell zu wissen, wie lange die modifizierte mRNA im Körper zirkuliert und wie lange als Folge hieraus Spike-Proteine produziert werden können.

1.7.2.4 Zwischenfazit

160 Entgegen der Deklaration in den Fachinformationen der COVID-«Impfstoffe» wurden zumindest bei Comirnaty® sehr wohl Pharmakokinetikstudien bei Tieren durchgeführt, welche ebenfalls Bestandteil des internationalen Zulassungsdossiers Modul 2.4 «Non clinical overview» sind, welcher von der FDA mit «Approved On: 08-Feb-2021» markiert wurde. Es ist davon auszugehen, dass diese Informationen spätestens kurze Zeit danach auch Swissmedic vorlagen.

161 Die Pharmakokinetikstudien zeigten, dass Bestandteile von Comirnaty® in einzelnen Organen akkumulieren. Bis heute wurde nicht untersucht, inwieweit die Akkumulation der Impfstoffkomponenten in den Eierstöcken mit einer Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit zusammenhängt. Indem Swissmedic eine Verheimlichung der brisanten Daten zur Pharmakokinetik unterstützte und nicht veranlasste, dass diese für die Ärzteschaft in der Fachinformation zugänglich gemacht wurden, hat sie einmal mehr aktiv zur Verharmlosung der COVID-«Impfstoffe» beigetragen und die Bevölkerung nicht vor den sich abzeichnenden Risiken geschützt.

1.7.3. Risikosignale bei ersten Tests am Menschen

162 Im Dezember 2020 lagen gerade einmal Daten über eine **zweimonatige Untersuchungsphase** einer als «teleskopiert» bezeichneten «Phase I/II/III»-Studie vor. Allein dies

---

106 PIATYSZEK et al., «Iodo-gen-mediated radioiodination of nucleic acids», 01.08.1988, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3189783/*.

stellt eine abermalige, massive Risikoerhöhung dar: Die **Teleskopierung** birgt das Risiko, dass zeitverzögerte Nebenwirkungen erst erkannt werden, nachdem der Impfstoff bereits breitenwirksam angewendet wurde.[107]

1.7.3.1 Swissmedic: «Impfstoffe» sind «sicher»

163 In den Originalpublikationen der 2-Monatsdaten der Zulassungsstudien von Comirnaty® und Spikevax® wird zusammengefasst, dass die Sicherheit vergleichbar sei mit anderen Impfstoffen und dass mehrheitlich kurzfristige leichte bis moderate Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schmerzen an der Einstichsstelle auftraten[108] resp. schwere Nebenwirkungen nur selten und gleich oft in der Impfstoff- und Placebogruppe rapportiert wurden.[109]

164 Swissmedic schloss sich in ihren Kommunikationen zu den erteilten befristeten Zulassungen blindlings der Einschätzung der Hersteller, dass die COVID-«Impfstoffe» sicher seien, an. Hätte sich Swissmedic die Zeit genommen, die entsprechenden Daten eingehender zu analysieren, hätte sie zwingend zu einem anderen Schluss kommen müssen:

1.7.3.2 Analyse der Zulassungsstudien: Erhöhte Morbidität in Impfgruppe

165 Eine im August 2021 publizierte fundiertere Analyse[110] der Originalpublikationen der 2-Monatsdaten von Comirnaty® und Spikevax® inklusive der dazugehörigen Appendices kam nämlich zu einem anderen Schluss als die Hersteller – und zwar unter Anwendung alternativer Kriterien zur Beurteilung der «unerwünschten Wirkungen»:

166 In vielen Bereichen der Medizin, z. B. in der Onkologie, hat man die Verwendung krankheitsspezifischer Endpunkte (z. B. Todesfälle durch Krebs) in Zulassungsstudien aufgegeben, weil sie wenig aussagekräftig sind. Sie wurden stattdessen durch eine «Gesamtmortalität oder -morbidität» ersetzt. Die Daten der klinischen Zulassungsstudien der COVID-«Impfstoffe» wurden basierend auf dieser Erkenntnis neu analysiert, wobei die «schwere Morbidität aller Ursachen» auch «COVID-Erkrankungen» berücksichtigte.

---

107 ARVAY, «Genetische Impfstoffe gegen COVID-19: Hoffnung oder Risiko?», 01.07.2020, *https://saez.ch/article/doi/saez.2020.18982*.

108 POLACK et al., «Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine», 31.12.2020, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2034577?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed.*

109 BADEN et al., «Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine», 04.02.2021, *https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2035389?articleTools=true.*

110 CLASSEN, «US Covid-19 Vaccines proven to cause more harm than good based on pivotal clinical trial data analyzed using the proper scientifit endpoint, ‹all cause severe morebidity›», 2021, *https://www.scivisionpub.com/pdfs/us-covid19-vaccines-proven-to-cause-more-harm-than-good-based-on-pivotal-clinical-trial-data-analyzed-using-the-proper-scientific--1811.pdf*.

167 Die «gesamte schwerwiegende Morbidität» wurde berechnet, indem alle in den Zulassungsstudien gemeldeten schwerwiegenden Ereignisse zusammengezählt wurden. Als schwerwiegende Ereignisse wurden sowohl «schwere COVID-Erkrankungen», als auch alle anderen schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse in der Impfstoff- bzw. Placebogruppe definiert. Bei dieser Analyse wird die Verringerung von «schweren COVID-Erkrankungen» gleich gewichtet wie unerwünschte Ereignisse von gleichem Schweregrad.

168 Die Ergebnisse belegen, dass **keiner der «COVID-Impfstoffe» einen gesundheitlichen Nutzen bietet, weil sie im Vergleich zu Placebo mit einem statistisch signifikanten Anstieg der «schweren Morbidität aller Ursachen»** verbunden sind:

1.7.3.3 Spikevax®: 3042 zusätzliche schwerwiegende Ereignisse in Impfgruppe

169 In der **Impfstoffgruppe** traten laut eben dieser Analyse (N165) 11 Fälle von «bestätigten COVID-Erkrankungen», kein Fall einer «schweren COVID-Erkrankung und **3985 Fälle von schweren unerwünschten Ereignissen** auf. In der Placebogruppe wurden 185 Fälle von «bestätigten COVID-Erkrankungen» und 30 Fälle von «schweren COVID-Erkrankungen» verzeichnet. Nur bei einem dieser Fälle war eine Einweisung in eine Intensivstation erforderlich. Es wurden in der **Placebogruppe 913 schwere unerwünschte Ereignisse** vermeldet. In der Impfstoffgruppe wurden 2 und in der Placebogruppe 3 Todesfälle rapportiert.

170 Insgesamt traten **bei Spikevax® in der Impfstoffgruppe 3042 schwerwiegende Ereignisse mehr** auf **als in der Placebogruppe**.

1.7.3.4 Comirnaty®: 90 zusätzliche schwerwiegende Ereignisse in Impfgruppe

171 Die Daten von Pfizer wurden nur unvollständig offengelegt und lassen keine abschliessenden Aussagen zu.

172 Insgesamt traten aber auch hier in der Impfstoffgruppe bei der Analyse der unaufgefordert («unsolicited») gemeldeten Ereignisse 90 schwerwiegende Nebenwirkungen mehr auf als in der Placebogruppe.

1.7.3.5 Zwischenfazit «Zulassungsstudien»

173 Weil die COVID-«Impfungen» nachweislich mit keinem Nutzen verbunden sind, aber in den Impfstoffgruppen der Zulassungsstudien deutlich mehr schwere Nebenwirkungen generierten als in den Placebogruppen, schlussfolgerten die Autoren, dass das **Verabreichen dieser «Impfstoffe» der Gesundheit der Bevölkerung definitiv schadet**.

174 Da die 2-Monatsdaten, auf welcher diese Analyse basierte, Grundlage für die Erteilung der befristeten Zulassung war und Swissmedic somit vor Erteilung der Zulassung vollständig vorlagen, ist nicht nachvollziehbar, wie Swissmedic basierend auf diesen Zahlen zum Schluss kam, die COVID-«Impfstoffe» seien sicher und aufgrund dieser Einschätzung die Zulassung erteilte.

1.7.4. Entblindung der Phase III-Studien

1.7.4.1 Kontrollierte Zulassungsstudien zwingend

175 Zulassungsstudien für Arzneimittel müssen üblicherweise «kontrolliert», d.h. im Vergleich zu Placebo oder einer Standardtherapie, durchgeführt werden.[111] Auch wenn für Impfstoffe in der Vergangenheit Ausnahmen galten und Impfstoffe ausnahmsweise basierend auf Beobachtungsstudien anstatt auf prospektiven randomisierten Studien zugelassen wurden,[112] müsste im Falle eines als «Impfstoff» zugelassenen Arzneimittels mit einer völlig neuartigen mRNA-Technologie zum Schutze der Bevölkerung unbedingt von solchen Ausnahmen abgesehen werden, um Wirksamkeit und Sicherheit solide beurteilen zu können.

1.7.4.2 Entblindung durch die Hersteller

176 Die befristeten Zulassungen der COVID-«Impfstoffe» von Moderna und Pfizer wurden initial basierend auf den Interimsdaten über zwei Monate der Phase 3-Studien erteilt, deren Ergebnisse später (dazu hinten N 194 ff. und 205 ff.) dargelegt werden. Die Phase 3-Studien wurden als «Placebo-kontrollierte randomisierte Beobachter-verblindete Studien» geplant, aufgesetzt und initiiert. Bereits im Dezember 2020 wurde dann aber allen Studienteilnehmern «aus ethischen Gründen» angeboten, von der Placebo- in die Impfstoffgruppe zu wechseln. In der Phase 3-Studie von Spikevax® machten 98% der Studienteilnehmer Gebrauch von diesem «Angebot», Pfizer/BioNTech liefern auf Anfrage keine konkreten Zahlen zur Anzahl Studienteilnehmer, welche auf den Impfstoff gewechselt haben.[113] Aus dem «Periodic Safety Update Report» («*PSUR*») Nr. 1 von Comirnaty® geht hervor, dass bis Juni 2021 lediglich 1202 Studienteilnehmer (6.5% aller Studienteilnehmer

---

111 Pharmazeutische Zeitung, «Wie Humanarzneimittel geprüft werden», 25.07.2011, *https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-302011/wie-humanarzneimittel-geprueft-werden/*.

112 Swissmedicinfo, «Fachinformation Boostrix Polio», Stand 12.2021, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=00681*.

113 DOSHI, «Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data?», 18.05.2021, *https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244*.

der ursprünglichen Placebogruppe der Zulassungsstudie) in der Placebogruppe verblieben (Beilage **8**, S. 3):

> Cumulatively, it is estimated that 53,499 subjects have participated in BNT162b2 sponsor-initiated clinical trials worldwide, with 46,577 subjects exposed to BNT162b2, 30 subjects exposed to BNT162a1, 411 exposed to BNT162b1, 96 subjects each exposed to BNT162b3 and BNT162c2. There were 330 subjects exposed to BNT162b2s01, 4757 exposed to blinded therapy and 1202 to placebo.

177 Damit wurden beide Zulassungsstudien der COVID-«Impfstoffe» *de facto* entblindet[114] und zu blossen Beobachtungsstudien degradiert.

BO: Beilage **8:** Periodic Safety Update Report #1 for COVID-19-mRNA-vaccine BNT162b2, 19.08.2021

1.7.4.3 Keinerlei Rechtfertigung für Entblindung

178 Aufgrund der fehlenden Wirksamkeit der COVID-«Impfstoffe» (dazu hinten N 194 ff. und 205 ff.) kann die Entblindung nicht mit «ethischen Gründen» gerechtfertigt werden. Dieses Vorgehen ist im Gegenteil und in Anbetracht der gravierenden Risiken der COVID-«Impfstoffe» (dazu vorn N 22 ff., hinten N 219 ff. und N 504 ff.) als **willkürliche Verschleierungstaktik mittels Zerstörung der Kontrollgruppe** einzustufen.

179 Der Pharmakologe, Toxikologe und Immunologe Prof. Dr. Stefan Hockertz hinterfragt die wahren Gründe für die Entblindung: «*Die Kontrollgruppe existiert (normalerweise) exakt so lange, wie die Studie läuft. Wenn die Kontrollgruppe wegfällt, gilt die Studie als abgebrochen, da keine Vergleiche zwischen der behandelten und der nicht behandelten Gruppe mehr möglich sind. Wenn ich den Vergleichsaspekt wegnehme, kann ich immer behaupten, die 85 Herzinfarkte unter 1.000 Menschen seien eben jetzt so üblich.*» Auch für die Nachbeobachtung wird laut Hockertz die Kontrollgruppe über die Studie hinaus üblicherweise mitgeführt, um schwere Nebenwirkungen bei der behandelten Gruppe herausfiltern zu können.[115]

---

114 Canadian Covid Care Alliance, «More harm than good», 16.12.2021, *https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2021/12/The-COVID-19-Inoculations-More-Harm-Than-Good-REV-Dec-16-2021.pdf*; DOSHI, «Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more date?», 18.05.2021, *https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244*; FDA, «Statistical Review Comirnaty», 18.05.2021, *https://www.fda.gov/media/152255/download*.

115 REITSCHUSTER, «Das Rätsel um die Auflösung der Impfkontrollgruppen», 26.01.2022, *https://reitschuster.de/post/das-raetsel-um-die-aufloesung-der-impfkontrollgruppen/*.

1.8. Erste Hinweise auf mögliche Spätfolgen

180 Über potentielle (weitere) Spätfolgen konnte im Zeitpunkt der Erstzulassungen im Dezember 2020 mangels entsprechender Daten nur spekuliert werden. Gleichwohl wurden zuvor bereits **Blutkrankheiten**, **neurodegenerative Erkrankungen** oder **Autoimmunerkrankungen** eingehend diskutiert.[116] Bei dieser Ausgangslage hatten sich denn auch die Hersteller wie beispielsweise Pfizer von jeglicher Haftung befreit und hielten in den mit den Regierungen auf mehrere Jahre hinaus abgeschlossenen Lieferverträgen fest:

> «O Comprador ainda reconhece que a eficácia e os efeitos a longo prazo da Vacina ainda não são conhecidos e que pode haver efeitos adversos da Vacina que não são conhecidos atualmente.»[117]
>
> Frei übersetzt:
>
> «Der Käufer erkennt ferner an, dass die Wirksamkeit und die langfristigen Auswirkungen des Impfstoffs noch nicht bekannt sind und dass es nachteilige Auswirkungen des Impfstoffs geben kann, die derzeit noch nicht bekannt sind.»

181 Swissmedic mussten diese Umstände von Beginn (Dezember 2020) an sowie aufgrund nachfolgend aufgeführter Publikationen spätestens zum Zeitpunkt der Zulassungserweiterung für Jugendliche (Juni 2021) bekannt sein, rühmt sich das Institut doch selbst mit seiner internationalen Vernetzung und entsprechender Wissensbeschaffung.[118]

1.9. Fazit

182 Swissmedic hat es insgesamt unterlassen, bei den Zulassungsinhabern Daten einzufordern, die sich abzeichnende Risiken hinreichend ausräumen. Elementare Fragen hinsichtlich Sicherheit der COVID-«Impfstoffe» wurden vor Erteilung der befristeten Zulassung nachweislich nicht geklärt:

183 Bis dato wurde nicht ausgeschlossen, dass die mittels «Impfung» verabreichte mRNA über Umwege ins menschliche Genom integriert wird, obwohl Studien zeigten, dass dies nicht ausgeschlossen werden kann.

---

116 FAZ, «Ein Schreckgespenst für die Corona-Impfung», 09.09.2020, *https://www.faz.net/aktuell/wissen/impfstoff-nebenwirkung-ade-ein-schrecken-fuer-die-corona-impfung-16944897.html*; SENNEFF/NIGH, FN 22; YAHI et al., «Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination?», 16.08.2021, *https://www.journalofinfection.com/action/showPdf?pii=S0163-4453%2821%2900392-3*.

117 Ministério da saúde, «Contrato Nº 52/2021», 18.03.2021, Ziff. 5.5, *https://d37iydjzbdkvr9.cloudfront.net/arquivos/2021/05/12/contrato-pfizer.pdf*.

118 Siehe dazu die Ausführungen in der Strafanzeige betr. Leistungsauftrag und «strategische Ziele» von Swissmedic.

184 Bis heute haben Zulassungsinhaber keine Daten vorgelegt, die aufzeigen, wie lange und wo die applizierte mRNA, die LNP inkl. deren Komponenten und die produzierten toxischen Spike-Proteine nach der «Impfung» im Körper zirkulieren und mit welchen Folgen dies verbunden ist.

185 Die Datenlage zu den neuartigen LNP-Komponenten ALC-0159, ALC-0315 und SM-102 hinsichtlich Qualität, Sicherheit und Geeignetheit für die Anwendung beim Menschen war mindestens zum Zeitpunkt der Zulassung völlig unzureichend.

186 Hinsichtlich Anwendung der COVID-«Impfstoffe» zeichneten sich bereits in den präklinischen Studien deutlich Risiken ab, die vom *HMEC* erkannt worden waren. Swissmedic hat es bewusst und entgegen den Ratschlägen des *HMEC* unterlassen, in den Arzneimitteltexten adäquat auf diese Risiken hinzuweisen.

187 Hieraus muss zwingend der Schluss gezogen werden, dass Swissmedic die Schweizer Bevölkerung und insbesondere vulnerable Gruppen wie Schwangere und deren Ungeborene nicht adäquat vor sich abzeichnenden Risiken geschützt, sondern sie sehenden Auges den sich abzeichnenden Risiken ausgesetzt hat.

188 Da sich bereits in Dosisfindungsstudien abzeichnete, dass der breite Einsatz einer Einheitsdosis mit Risiken behaftet war und dass Jüngere (18 bis 55-Jährige) bei gleicher Dosis häufiger schwere Nebenwirkungen erlitten, hätte Swissmedic einer Einheitsdosis für alle Erwachsenen nicht zustimmen dürfen. Da sich in den ersten fünf Monaten nach Zulassung ausserdem offenbarte, dass die Nebenwirkungsmeldungen international und auch in der Schweiz schwerer ausfielen als offiziell in den 2-Monatsdaten der Zulassungsstudien kommuniziert, hätte Swissmedic die Indikationserweiterung und den nochmals ausgedehnteren Einsatz der Einheitsdosis bei der nun auch jüngeren Bevölkerungsgruppe der ab 12-Jährigen schon gar nicht akzeptieren dürfen.

2. Wirksamkeit

2.1. Minimaler therapeutischer Nutzen bei blossen Bagatellereignissen

2.1.1. Primäre Zielvorgabe: Schutz vor blossen Bagatellereignissen

189 Gemäss Wegleitung der Swissmedic «Befristete Zulassung Humanarzneimittel HMV4»[119] müssen folgende Punkte erfüllt sein, damit ein grosser therapeutischer Nutzen «überzeu-

---

[119] Swissmedic, «Wegleitung Befristete Zulassung Humanarzneimittel HMV4», Stand 01.04.2022, S. 5, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/zulassung/zl_hmv_iv/zl109_00_0*

gend» belegt werden kann: Die gewählten Studienendpunkte müssen klinisch relevant sein. Das heisst: Überlebensraten – oder in der Zielpopulation wissenschaftlich validierte und anerkannte *surrogate Markers* für das Überleben oder die Verhinderung einer schweren Invalidität – müssen verfügbar sein.[120] Weiter müssen die dem Studienendpunkt zugeordneten Ereignisse ausreichend häufig auftreten, um eine Beurteilung der Effektgrösse zu erlauben.[121] Und schliesslich muss eine Kausalität zwischen Behandlung und klinischem Effekt erkennbar sein. Durch die Verhütung oder Behandlung der Krankheit muss die Gefahr der Invalidisierung oder Lebensbedrohung relevant reduziert werden.[122]

190 Das heisst: Es muss primäre Zielvorgabe sein, und es muss dementsprechend der Nachweis erbracht werden, dass die Zielpopulation dank Impfung **vor dem Tod oder schwerer Invalidität bewahrt** wird. Bereits diese Vorgabe wurde offensichtlich nicht erfüllt:

191 Der in den Zulassungsstudien von Pfizer und Moderna gewählte Studienendpunkt (=primärer Wirksamkeitsendpunkt) **ist klinisch nicht relevant,** da dort vornehmlich leichte «bestätigte COVID-Erkrankungen» und somit **Bagatellereignisse erfasst** wurden:

192 Laut Studienprotokollen[123] der beiden in der Schweiz eingesetzten mRNA-Impfstoffen wird im primären Wirksamkeitsendpunkt die Effektivität betreffend Verhinderung einer «bestätigten COVID-Erkrankung», die frühestens sieben Tage nach der 2. Dosis (Comirnaty®) bzw. frühestens 14 Tage nach der 2. Dosis (Spikevax®) auftritt, untersucht. **Definiert wird eine «bestätigte COVID-Erkrankung» als Auftreten von mindestens <u>1–2 Symptomen</u> wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Erkältung, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Geruchs-/ Geschmacksverlust, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall in Kombination mit einem positiven PCR-Test.**

193 Bereits die definierten Symptome an sich lassen nicht auf eine unmittelbar lebensbedrohliche oder invalidisierende Krankheit schliessen. Erschwerend hinzu kommt, dass bereits eines (!) dieser Symptome in Kombination mit einem positiven PCR-Test[124] ausreichen soll, um eine «COVID-Erkrankung» definieren zu können. Mit dieser Zielvorgabe werden **offensichtlich leichte Krankheitsverläufe und keine lebensbedrohlichen Krankheiten erfasst.**

01d_wl_befristete_zl_ham_hmv4_ab_010121.pdf.download.pdf/ZL109_00_001d_WL_Befristete_Zulassung_Humanarzneimittel_HMV4.pdf.

120 Siehe Swissmedic, FN 119.

121 Siehe Swissmedic, FN 119.

122 Siehe Swissmedic, FN 119.

123 Pfizer sowie Internet archive, FN 85.

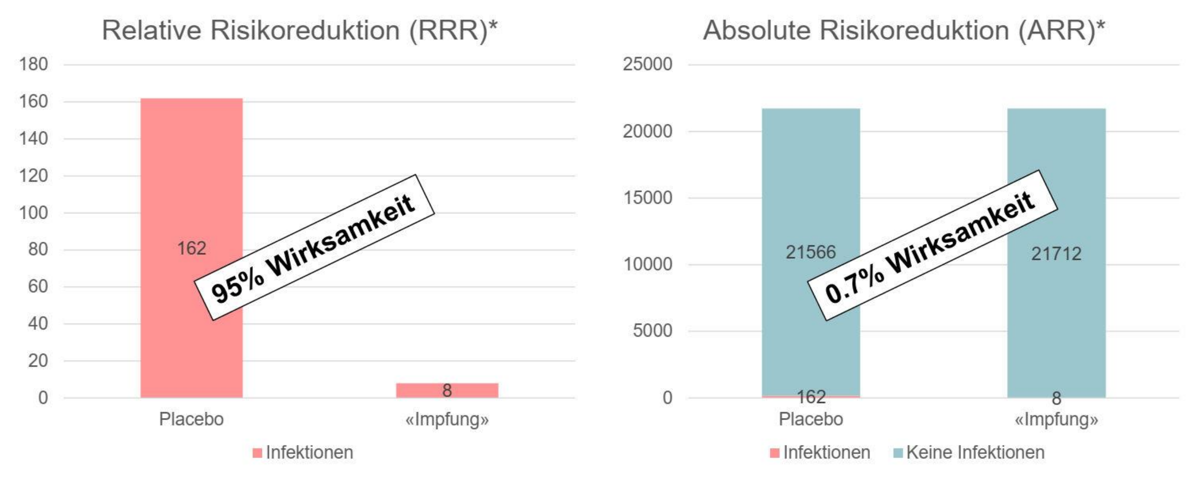
124 Zur Untauglichkeit des PCR-Tests in Bezug auf Stellung einer Krankheitsdiagnose hinten N 661 ff.

2.1.2. Comirnaty®: Primäre Zielvorgabe nicht erreicht

2.1.2.1 Fehlende Wirksamkeit bei «bestätigten COVID-Erkrankungen»

194 In der Zulassungsstudie von Comirnaty®, für welches die befristete Zulassung basierend auf den 2-Monats-Interimsdaten erteilt wurde, trat in der Impfstoffgruppe nur bei **8** von 21'720 (=0.04%) und in der Placebogruppe nur bei **162** von 21'728 (=0.74%) eine «bestätigte COVID- Erkrankung» auf.[125] Nach diesen – sehr geringen – Zahlen wären demnach in der Placebogruppe 20mal mehr Personen erkrankt als in der Impfstoffgruppe. Aufgrund der Tatsache, dass bereits in der Zulassungsstudie bei weniger als 1% der Studienteilnehmer COVID-Erkrankungen auftraten, musste bereits zu diesem Zeitpunkt die Notwendigkeit einer «Impfung» oder Therapie hinterfragt werden.

195 Proklamiert wurde eine hohe **Wirksamkeit** von Comirnaty® von **95%**, indem der nachweislich kleine Effekt durch Verwenden der «relativen Risikoreduktion» (RRR) «aufgebläht» wurde:[126]



* Datenbasis: Pfizer-Zulassungsstudie Phase I/II/III (Comirnaty®); Placebogruppe 21'728 Teilnehmer; «Impfgruppe» 21'720 Teilnehmer

196 Die RRR beträgt für den Pfizer/BioNTech-Impfstoff tatsächlich 95%, weil man von insgesamt 170 Ereignissen ganze 162 Ereignisse in der Impfstoffgruppe (mit nur 8 Ereignissen) formal «verhindert» hat. Damit wurden aber von den insgesamt über 40'000 Studienteilnehmern nicht etwa 95 von 100 Geimpften geschützt. Vielmehr **muss man 141 Personen impfen, um eine einzige «bestätigte COVID-Erkrankung», bei der es sich vornehmlich um leichte Krankheitsverläufe handeln dürfte, zu verhindern**.[127] Richtigerweise ist daher die absolute Risikoreduktion (ARR) herbeizuziehen: Unter Placebo

---

125 POLACK et al., FN 108.
126 POLACK et al., FN 108.
127 MONTASTRUC et al., «Efficacy of COVID-19 vaccines: Several modes of expression should be presented in scientific publications», 11.07.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/fcp.12715*.

erkrankten 162 von 21’728 Personen **(= 0,74 %)**, und unter dem Impfstoff erkrankten nur 8 von 21’720 Personen **(= 0,04 %)** an COVID-19. **Die absolute Risikoreduktion (ARR) betrug also nur 0.70 %** (0.74% minus 0.04%).[128]

197 **Ohne Kontextinformationen resp. ohne Angaben der zugrunde liegenden Fallzahlen ist die Relative Risikoreduktion RRR nicht valide interpretierbar.**[129]

198 Es wurden diverse Untersuchungen über die Interpretation numerischer Informationen aus Studien und darüber, wie diese von der Präsentation der Informationen abhängt, durchgeführt. Technisch gesehen ist dies als «Framing» bekannt, und **die Auswirkungen des Framings wurden in einer systematischen Überprüfung von zwölf bis 1998 veröffentlichten Studien untersucht.**[130] **Eine eindrückliche RRR gehörte zu den Faktoren**, die von den Ärzten am positivsten bewertet wurden und **die sie am empfänglichsten dafür machten**, **eine Methode umzusetzen** resp. ein Arzneimittel zu verschreiben. **Die RRR kann einen unverhältnismässig grossen Einfluss auf die Wahrnehmung des Behandlungsnutzens** durch die Ärzte **haben**. Auch eine Analyse[131], welche das Verhalten von 182 Mitgliedern von 13 Gesundheitsbehörden untersuchte, kam zum Schluss, dass die Bereitschaft, ein «Gesundheitsprogramm» zu finanzieren, durch die Art und Weise, wie die Daten präsentiert wurden, erheblich beeinflusst wurde. **Wurden die Ergebnisse** der «Gesundheitsprogramme» **als RRR ausgedrückt, wurden im Vergleich zu anderen Methoden**, wie beispielsweise, **wenn die Ergebnisse mittels ARR gezeigt wurden**, **signifikant höhere Zustimmungswerte generiert**. In gleicher Weise zeigte eine **Untersuchung bei 235 Ärzten**, dass sie **deutlich häufiger** dazu tendierten, eine **Therapie** zu **verschreiben**, **wenn** ihnen die **Resultate mittels RRR und nicht mittels ARR präsentiert** worden waren.[132] **Bereits vor mehr als 20 Jahren war somit bekannt, dass die Darstellung der RRR ohne ARR und zu Grunde liegender Zahlen die Wirksamkeitsdaten verzerrt. Artikel, die nur eine RRR ohne ARR veröffentlichen, diskreditieren sich allein schon durch diese Tatsache als nicht professionelle Publikationen. Da sie nachgewiesenermassen absatzfördernd wirken, sind sie nicht als Information, sondern als Werbung zu klassifizieren.**

---

128 POLACK et al. sowie BADEN et al., FN 91.

129 Ärzteblatt, «Fake News in der Medizin: Relatives Risiko», 06.09.2021, *https://www.aerzteblatt.de/archiv/221054/Fake-News-in-der-Medizin-Relatives-Risiko*.

130 MCGETTIGAN, «The Effects of Information Framing on the Practices of Physicians», 10.1999, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496755/*.

131 FAHEY, «Evidence based purchasing: understanding results of clinical trials and systematic reviews», 21.10.1995, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7580661/*.

132 FORROW, «Absolutely relative: How research results are summarized can affect treatment decisions», 01.02.1992, *https://www.amjmed.com/article/0002-9343(92)90100-P/pdf*.

199 **Im Extremfall kann mit Fallzahlen, die im Bereich des statistischen Zufalls liegen, mittels Verwendung der RRR eine scheinbar beeindruckend hohe Wirksamkeit vorgetäuscht werden.** Dies wurde mit den Fallzahlen der COVID-«Impfstoffe» konsequent so getan. Am eindrücklichsten ist die Behauptung, dass Comirnaty® mit einer Wirksamkeit von 64% schwere COVID-Erkrankungen verhindert. Diese Berechnung basiert auf 1 Fall einer schweren COVID-Erkrankung in der Impfstoff- und 3 solchen Fällen in der Placebogruppe (dazu hinten N 209 f.). Bei über 40'000 Studienteilnehmern haben diese Zahlen weder mathematisch noch wissenschaftlich eine Aussagekraft, sondern liegen im Gegenteil im Bereich des statistischen Zufalls. Wären in der Placebogruppe 1 und in der Impfstoffgruppe 0 Fälle von schweren COVID-Erkrankungen aufgetreten, dürfte basierend auf dieser Berechnungsmethode gar eine Wirksamkeit von 100% proklamiert werden, was für Kinder und Jugendliche exakt in dieser Weise getan wurde (dazu hinten N 291).

200 Eine fundierte Analyse[133] der «*Canadian COVID Care Alliance*», einer Vereinigung von 500 kanadischen Wissenschaftlern und Ärzten, zeigt, dass die offiziell rapportierten Fallzahlen in der 2-Monatsanalyse fragwürdig und fehlerbehaftet sind: Laut eines **FDA-Briefing-Dokumentes vom 10. Dezember 2020**[134] traten in der Impfstoffgruppe nicht nur, wie offiziell deklariert 8, sondern ganze **1’594** und in der Placebogruppe nicht nur wie offiziell deklariert 162, sondern **1’816 «symptomatische COVID-Erkrankungen»** auf. **Aus unerklärlichen und nicht offengelegten Gründen wurde trotz Symptomatik bei diesen insgesamt 3410 Fällen aber kein PCR-Test durchgeführt und wurden die entsprechenden Fälle kurzerhand «aussortiert»** («suspected but unconfirmed cases»). Warum etwa in der Impfstoffgruppe von insgesamt 1’602 symptomatischen Fällen ganze 1’594 kurzerhand nicht berücksichtigt und nur deren 8 ausgewiesen wurden, ist in keiner Weise nachvollziehbar (entsprechendes gilt natürlich für die Placebogruppe). Die Daten sind damit als äusserst unzuverlässig einzustufen.

201 Basierend auf den 1816 vs. 1594 **«suspected but unconfirmed» Fällen** ergäbe sich eine relative Risikoreduktion (RRR, **«Wirksamkeit»**) von **12%**. Würden die Zahlen von «bestätigten COVID-Erkrankungen» und den «Verdachtsfällen» aufsummiert werden, ergäbe dies ein Total von 1978 (Placebogruppe) versus 1602 (Impfstoffgruppe) **–** was einer **relativen Risikoreduktion (RRR, «Wirksamkeit») von noch lediglich 19%** entspräche. Derartige Zahlen würden die internationale Voraussetzung für eine Zulassung

[133] Canadian Covid Care Alliance, «More harm than good», 16.12.2021, *https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2021/12/The-COVID-19-Inoculations-More-Harm-Than-Good-REV-Dec-16-2021.pdf.*

[134] FDA, «Briefing Document Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine», 10.12.2020, *https://www.fda.gov/media/144245/download*.

definitiv nicht mehr erfüllen – und hätten schon gar nie den Kriterien für eine befristete Zulassung entsprochen.

2.1.2.2 Kenntnisnahme seitens Swissmedic

202 Swissmedic war sich bereits vor Erteilung der befristeten Zulassungen der mangelhaften Datenlage und der fehlenden Belege hinsichtlich Wirksamkeit der «COVID-Impfstoffe» bewusst. Dies geht aus den Bemerkungen Swissmedics im Zulassungsschreiben vom 19. Dezember 2020 an Pfizer hervor, indem sie u.a. weitere Daten zur Belegung einer Immunität von Geimpften fordert (Beilage **2**, S. 9 und 11):

> «Die laufenden und vorgeschlagenen zusätzlichen Pharmakovigilanz-Aktivitäten werden als ausreichend angesehen, um die wichtigen potentiellen Risiken «Impfstoff-assoziierte verstärkte Erkrankungen (VAED), einschliesslich «Impfstoff-assoziierte verstärkte Atemwegserkrankungen (VAERD)», sowie die **fehlenden Informationen** «Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit» und **«Wirksamkeit des Impfstoffes»** näher zu beschreiben.»
>
> «Das Unternehmen sollte sich verpflichten, einen **Plan zur Analyse der Immunogenität des** BNT162b2 **COVID-19-Impfstoffs bei geimpften Personen** zu entwickeln.»

203 Swissmedic anerkannte damit, dass *de facto* keine Daten vorgelegt worden waren, welche die Wirksamkeit im Zulassungszeitpunkt hinreichend belegt hatten. Entsprechend heisst es denn auch in der Fachinformation von Comirnaty® (Beilage **4**) vorsichtig und unter Verwendung der Konjunktivform in der Rubrik «*Eigenschaften/Wirkungen*»:

> «**Der Impfstoff** löst sowohl die Produktion neutralisierender Antikörper als auch eine zelluläre Immunantwort gegen das Spike-(S)-Protein aus und **könnte** auf diese Weise **zu einem Schutz vor COVID-19 beitragen**.»

204 Von einem Impfstoff **muss** nach Art. 9a Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. Art. 18 lit. c VAZV **ein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten** sein. Ein «könnte», ein bloss allfälliger, hypothetisch mit ganz viel Glück auftretender Nutzen reicht hierzu offenkundig nicht. Warum Swissmedic trotzdem eine befristete Zulassung erteilte, ist daher nicht nachvollziehbar.

2.1.3. Spikevax®: Fehlende Wirksamkeit bei «bestätigten COVID-Erkrankungen»

205 Bei Spikevax® belaufen sich die Zahlen der «bestätigten COVID-Erkrankungen» auf **11** von 14’134 (=0.08%; Impfstoffgruppe) vs. **185** von 14’073 (=1.3%; Placebogruppe).[135] Trotz «grassierender Pandemie» trat somit lediglich bei rund 1% der Studienteilnehmer eine «bestätigte COVID-Erkrankung» auf – auch hier erfolgten demnach die Wirksamkeitsberechnungen auf verschwindend kleinen Fallzahlen.

206 Wie bei Pfizer wurde auch bei Moderna eine angeblich hohe Wirksamkeit von 94.1% basierend auf der relativen Risikoreduktion (RRR) geltend gemacht.[136] Absolut betrachtet lag die Risikoreduktion **(ARR) von Spikevax® aber bei gerade einmal 1.2%**.[137] Hieraus ergibt sich, dass man 91 Personen impfen muss, um eine einzige «bestätigte COVID-Erkrankung» mit leichtem Krankheitsverlauf zu verhindern.[138]

207 Aufgrund des sehr ähnlichen Studiendesigns kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch die Fallzahlen von Spikevax® in einer ähnlichen Weise wie bei Comirnaty® fehlerbehaftet sind, weil nicht bei allen Verdachtsfällen ein PCR-Test durchgeführt wurde (dazu vorn N 200). Irrtum vorbehalten wurden die entsprechenden Studiendaten – anders als bei Pfizer – durch Moderna noch nicht öffentlich publiziert.

2.2. Kein ausgewiesener therapeutischer Nutzen bei «schweren» Erkrankungen

2.2.1. Sekundäre Zielvorgabe: Schutz vor «schweren» COVID-Erkrankungen

208 Die Wirksamkeit der COVID-Impfstoffe hinsichtlich «schwerer COVID-Erkrankungen» wird laut Studienprotokollen[139] lediglich in einem sekundären Wirksamkeitsendpunkt untersucht. Für eine «schwere COVID-Erkrankung» muss mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein:

- Klinische Zeichen in Ruhe, die auf eine schwere systemische Erkrankung hinweisen (≥30 Atemzüge pro Minute, HR ≥125 Schläge pro Minute, O_2-Sättigung ≤93%);

---

135 BADEN et al., FN 109.

136 Internet archive, «Moderna Announces Primary Efficacy Analysis in Phase 3 COVE Study for Its COVID-19 Vaccine Candidate and Filing Today with U.S. FDA for Emergency Use Authorization», 30.11.2020, *https://web.archive.org/web/20211223072507/https://investors.modernatx.com/news/news-details/2020/Moderna-Announces-Primary-Efficacy-Analysis-in-Phase-3-COVE-Study-for-Its-COVID-19-Vaccine-Candidate-and-Filing-Today-with-U-S--FDA-for-Emergency-Use-Authorization-11-30-2020/default.aspx*.

137 POLACK et al. sowie BADEN et al., FN 91.

138 MONTASTRUC et al., FN 127.

139 Pfizer sowie Internet archive, FN 85.

- Atemversagen;
- Anzeichen eines Schocks;
- Signifikante akute Nieren-, Leber- oder neurologische Funktionsstörung;
- Aufnahme in eine Intensivstation;
- Tod.

Die Fallzahlen für «bestätigte» und «schwere COVID-Erkrankungen» sind an das Vorliegen eines positiven PCR-Testresultates gebunden. Die Mängel und Untauglichkeit vom PCR-Test zum Nachweis einer Krankheitsaktivität wurden ausführlich aufgezeigt.

2.2.2. Comirnaty®: Fehlende Wirksamkeit bei «schweren COVID-Erkrankungen»

209 Für «schwere COVID-Erkrankungen» wird bei Comirnaty® für Erwachsene in der von Swissmedic freigegebenen Fachinformation mit Stand Dezember 2021[140] eine Wirksamkeit von 66.4% proklamiert, weil in der Impfstoffgruppe (n=21'720) **1 Fall,** entsprechend einer Prävalenz von 0.0046% und in der Placebogruppe (n=21'728) **3 Fälle,** entsprechend einer Prävalenz von 0.0138%, auftraten (Beilage **4**, «Wirksamkeit gegen COVID-19 mit schwerem Verlauf»), was einer absolute Risikoreduktion (ARR) von gerade einmal 0.0092% entsprach.[141]

210 In Anbetracht der insgesamt über 40'000 Studienteilnehmer liegen diese Zahlen «schwerer COVID-Erkrankungen» im Bereich des statistischen Zufalls, und **es ist unseriös, unwissenschaftlich und irreführend, basierend auf lediglich 4 Fällen zu behaupten, dass der Impfstoff schwere Verläufe mit einer Wirksamkeit von 66.4% reduziert.** Gleichwohl hat Swissmedic dieses irreführende Ergebnis von 66.4% blindlings übernommen und auch der öffentlichen Publikation in der Fachinformation zugestimmt.

2.2.3. Spikevax®: Fehlende Wirksamkeit bei «schweren COVID-Erkrankungen»

211 Bei Spikevax® traten laut Originalpublikation im *New England Journal of Medicine* (*NEJM*) 30 «schwere COVID-Erkrankungen» in der Placebogruppe (n=15'210), entsprechend einer Prävalenz von 0.2% und kein schwerer Verlauf in der Impfstoffgruppe (n=15'210) auf.[142] Somit lag bei **Spikevax®** die absolute Risikoreduktion (**ARR**) **hinsichtlich schwerer Verläufe** bei gerade einmal **0.2%**.

---

140 Internet archive, «Fachinformation Comirnaty», Stand 12.2021, *https://web.archive.org/web/20220112044218/https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68225*.

141 Betr Anzahl Studienteilnehmer siehe POLACK et al., «Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine», 31.12.2020, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2034577?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*.

142 BADEN et al., FN 109.

2.3. Kein Schutz vor Übertragung

212 Im Übrigen sei noch erwähnt, dass Swissmedic bereits im Zulassungsschreiben an Pfizer vom 19.12.2020 festgehalten hatte, dass keine Daten vorliegen, die zeigen, dass eine Übertragung des Virus durch die «Impfung» unterbunden wird: «[…] *the prevention of viral transmission remains unanswered*.» Swissmedic fordert: «*The company should commit or develop a plan to analyze the immunogenicity from BNT172b2 COVID-19 vaccine in subjects vaccinated*.» (Beilage **2**, S. 8 f.)

213 Trotzdem publizierte Swissmedic auf der eigenen Website auf die Frage «Kann ich COVID-19 übertragen, wenn ich geimpft bin?» folgende Antwort:

> «Aktuelle Daten zeigen, dass die Möglichkeit einer Übertragung des Coronavirus auf andere Personen nach vollständiger Impfung gering ist.»

214 Woher Swissmedic diese Information haben will, bleibt völlig unklar.

2.4. Gesamtfazit «fehlende Wirksamkeit»

215 Von den beiden COVID-«Impfstoffen» Comirnaty® und Spikevax® war bereits im Zeitpunkt der Zulassung offenkundig kein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten: Die Datenlage war nicht nur vollkommen ungenügend, selbst anhand der vorhandenen Daten konnte nicht darauf geschlossen werden, dass mit der Zulassung wirksam eine lebensbedrohliche oder invalidisierende Krankheit hätte bekämpft werden können.

216 Die Zulassungsstudien der «COVID-Impfstoffe» haben sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen ab 12 Jahren bereits im Zeitpunkt der Zulassungen und bis heute lediglich eine vernachlässigbare Wirksamkeit hinsichtlich leichter Verläufe («bestätigte COVID-Erkrankungen») und gar keine relevante Wirksamkeit hinsichtlich «schwerer COVID-Erkrankungen» aufgezeigt. **Ein Impfstoff, der vorwiegend Bagatellereignisse reduziert, trägt weder zu einer Entlastung des Gesundheitssystems bei, noch schützt er vor lebensbedrohlichen oder invalidisierenden Krankheiten.**

217 Der Nachweis, dass von den Impfstoffen nach Art. 9a Abs. 1 lit. b HMG i.V.m. Art. 18 lit. c VAZV ein *grosser* therapeutischer Nutzen zu erwarten war, wurde daher in keiner Weise erbracht und die befristete Zulassung war damit von vornherein unzulässig.

218 An diesen Umständen der fehlenden Wirksamkeit änderte sich überdies auch nichts, als die Hersteller dann 2021 weitere Daten einlieferten (dazu hinten N 438 ff., N 452 ff., N 456 ff., N 461, N 462).

II. Wissensstand Mitte 2021 (Zulassung Jugendliche)

1. Risiken

1.1. Risikoreiche Einheitsdosis, insbesondere für Jugendliche

219 Für alle Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren wurde für die Grundimmunisierung eine Einheitsdosis zugelassen: Für Comirnaty® 0.3ml entsprechend 30 µg mRNA und für Spikevax® 0.5ml entsprechend 100 µg mRNA.

220 Bereits in einer Dosisfindungsstudie für den Pfizer/BioNTech-«Impfstoff», welche am 17. Dezember 2020 im *New England Journal of Medicine* (*NEJM*) publiziert worden war, zeigte sich, dass jüngere Studienteilnehmer (18-55-Jährige) bei allen untersuchten Dosierungen (10µg, 20µg, 30µg) häufiger und in einem schwereren Ausmass Nebenwirkungen generierten als ältere Studienteilnehmer (65-85-Jährige). Die Häufigkeit und der Schweregrad der Nebenwirkungen war dosisabhängig.[143]

221 Experten rügten öffentlich[144], dass die Resultate dieser Studie für die weitere Entwicklung der «Impfstoffe» nicht berücksichtigt worden waren und warfen den Zulassungsinhabern vor, dass es falsch war, für alle Erwachsenen ab 12 Jahren die gleiche Dosis der COVID-«Impfstoffe» zu verwenden, weil die (schwerwiegenden) Nebenwirkungen, welche sich unmittelbar nach der Zulassung abzuzeichnen begannen, u.a. direkt auf die Problematik der Einheitsdosis zurückzuführen seien. Für die 18- bis 55-Jährigen wäre laut Studie für Comirnaty® eine Dosierung von 20 Mikrogramm, bei den 65- bis 85-Jährigen 30 Mikrogramm pro Spritze, unter Umständen noch mehr, angemessen gewesen.

222 Laut Klaus Stöhr, Epidemiologe und langjähriger Leiter des Impfprogramms der WHO und von Novartis sowie Virologe Alexander Kekulé hätten die Impfstoffdosen von Anfang an, spätestens aber nach Beobachtung der Nebenwirkungsraten altersadaptiert verabreicht werden müssen. Auch Susanne Wagner, Biotech-Expertin, Beraterin im Bereich Arzneimittelentwicklung und Spezialistin für die Prüfpläne neuer Medikamente mit 30 Jahren Erfahrung in der Hightech-Forschung, ging mit Zulassungsbehörden und Zulassungsinhabern hart ins Gericht: «**Man hätte schon nach den ersten Todesfällen von jüngeren Menschen nach den ersten Hinweisen auf die teils starken Nebenwirkungen wie Herzmuskelentzündungen oder Schlaganfälle sofort reagieren und die Dosis reduzieren müssen.**»

---

143 WALSH et al., «Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates», 17.12.2020, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2027906*.

144 Welt, «Erkenntnisse, die der deutschen Impfpraxis fundamental widersprechen», 06.04.2022, *https://www.welt.de/politik/deutschland/plus238021185/Biontech-Der-Haken-bei-der-Einheitsdosis-des-Corona-Impfstoffs.html*.

223 Noch im Mai 2021 hatte die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin** sich wegen des fehlenden individuellen und gesellschaftlichen Nutzens und der fehlenden mittel- und langfristigen Daten zur Sicherheit im Mai 2021 klar **gegen das Impfen von Kindern und Jugendlichen** geäussert.[145]

224 Es muss davon ausgegangen werden, dass die benannte Dosisfindungsstudie Teil des Zulassungsdossiers war und Swissmedic Kenntnis von diesen Resultaten hatte. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass Swissmedic die Einheitsdosen an keiner Stelle hinterfragte.

1.2. Comirnaty®: 42'086 Nebenwirkungen und 1200 Todesfälle bis Februar 2021

225 Der «*Post Marketing Pharmacovigilance-Report*» von Pfizer/BioNTech mit Daten über die ersten 2.5 Monate nach Markzulassung[146], welcher allen Behörden weltweit – mutmasslich im April/Mai 2021 – eingereicht wurde, wurde von der FDA zusammen mit diversen weiteren Dokumenten im Rahmen eines gerichtlich angeordneten Freigabezeitplans veröffentlicht, der auf einen Eilantrag von *Public Health and Medical Professionals for Transparency* (PHMPT) *zum Freedom of Information Act* (*FOIA*) zurückging.[147] Der Bericht, welcher die Daten vom Zeitpunkt der Marktzulassung bis zum 28. Februar 2021 zusammenfasste, enthielt **42'086 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen** und **1223 Verdachtsmeldungen von Todesfällen im Zusammenhang mit der «Impfung»** (S.7):

---

145 Degam, «Stellungnahme COVID-19-Impfungen bei Kindern und Jugendlichen», 26.05.2021, *https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/20210526_COVID-19_Impfungen_bei_Kindern_und_Jugendlichen_Err.pdf.*

146 Pfizer, «Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28.02.2021», 30.04.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf*; Canadian Covid Care Alliance, FN 133.

147 SIRI / GLIMSTAD, «Freedom of information act request, expedited processing requested», 27.08.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/10/IR0546-FDA-Pfizer-Approval-FINAL.pdf*; United States District Court for the northern district of Texas fort worth division, Nr. 4:21-cv-1058-P, «Order», 06.01.2022, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/01/ORDER_2022_01_06.pdf*; siehe dazu The Defender, «FDA releases 10'000 more Pfizer vaccine documents. What will they reveal?», 04.03.2022, *https://childrenshealthdefense.org/defender/fda-releases-pfizer-vaccine-documents/.*

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

Characteristics		Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17 18-30 31-50 51-64 65-74 ≥ 75 Unknown	175[a] 4953 13886 7884 3098 5214 6876
Case outcome:	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old.

226 Rapportiert wurden u.a. **1403 Fälle von kardiovaskulären Nebenwirkungen** (hiervon 130 Herzinfarkte und 91 Fälle von Herzversagen), **1050 Fälle von immunvermittelten - resp. Autoimmunerkrankungen**, **501 Fälle von Neurologischen Erkrankungen** [hiervon 204 Krampfanfälle, 95 Fälle von Epilepsie **449 Fälle von Gesichtslähmungen** (Fazialisparese)], **275 Schlaganfälle**, **298 Fälle von Herpes Zoster-Erkrankungen/Reaktivierungen, 151 Fälle von thromboembolischen Ereignissen** (hiervon **86 Fälle von Thrombosen** und **60 Fälle von Lungenembolien), 24 Fälle eines Guillain Barré-Syndroms** und **10 Fälle einer Reaktivierung einer Multiplen Sklerose**. Der Zusammenhang des Auftretens all dieser Nebenwirkungen mit den COVID-«Impfstoffen» wurde im Verlauf durch die in den internationalen Datenbanken registrierten Verdachtsfälle und Publikationen von Nebenwirkungen bestätigt (dazu hinten N 237 ff., N 285 ff., N 433 ff., N 479 ff., N 551 ff., 767 ff., N 775 ff.).

227 In der Rubrik «*Sicherheitsbedenken*» wurde u.a. auf das Auftreten von schweren allergischen Reaktionen und Krankheitsverschlimmerungen durch die «Impfung» (*vaccine associated enhanced disease*, «*VAED*») inkl. Verschlimmerungen von Atemwegsinfekten (*vaccine associated enhanced respiratory disease*, «*VAERD*») hingewiesen. Diese Gefahr ist schon lange bekannt. Ähnliche Corona-Impfstoffe gegen SARS und MERS hatten es in der Vergangenheit u.a. wegen diesen Sicherheitsproblemen nie bis zur Marktzulassung geschafft. In den Studien hatte sich gezeigt, dass bei Geimpften – über eine Antikörper-vermittelte Verstärkung (*Antibody dependent enhancement, ADE*) – äusserst schwere

Verläufe und Todesfälle auftraten, sobald Geimpfte dem Virus ausgesetzt wurden.[148] Dieses Risiko wurde bereits im Protokoll der Zulassungsstudie des Pfizer/BioNTech-Impfstoffes unter Punkt «*8.2.4 Surveillance of Events That Could Represent Enhanced COVID-19 and Phase 2/3 Stopping Rule*» erwähnt.[149]

228 Auch Swissmedic war sich des potentiellen Risikos von *VAED* und *VAERD* zum Zeitpunkt der Zulassung bewusst: «*The ongoing and proposed additional pharmacovigilance activities are considered sufficient to further characterize the important potential risks of VAED, VAERD*….» (Beilage **2**, S. 11).

1.3. Weltweite Meldungen über Nebenwirkungen bis Juni 2021

1.3.1. Vorbemerkung: Verwendete Quellen und Darstellungsmethoden

229 Sämtliche nachfolgenden grafischen Darstellungen (auch entsprechende grafische Darstellungen in späteren Abschnitten betreffend Ende 2021 und 2022) zu weltweiten Meldungen über Nebenwirkungen und verabreichten Dosen basieren auf den Daten insbesondere folgender Quellen:

- Schweiz: SWISSMEDIC, Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz.[150]

---

148 CARDOZO/VEAZEY, «Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease», 28.10.2020, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13795.*

149 Pfizer, «A phase 1/2/3, placebo-controlled, randomized, observer-blind, dose-finding study to evaluate the safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy of SARS-CoV-2 RNA vaccine candidates against Covid-19 in healthy individuals», 11.2020, *https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf*.

150 Swissmedic, «Periodischer Bericht zu Verdachtsmeldungen von Impfreaktionen im Zusammenhang mit den Covid-19 Impfstoffen», 04.05.2021, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/marktueberwachung/uaw/swissmedic-covid-19-pharmacovigilancereport20210504.pdf.download.pdf/Swissmedic-Covid-19-PharmacovigilanceReport20210504.pdf*; Swissmedic, «Nebenwirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update», 07.05.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/nebenwirkungen-covid-19-impfungen-update-5.html*; Swissmedic, «Nebenwirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update», 04.06.2021 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update.html*; Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update», 24.09.2021 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-6.html*; Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update», 05.11.2021 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-8.html*; Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 20. Update», 17.12.2021 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-10.html*; Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wir-

- EU: EudraVigilance (Nebenwirkungen)[151] und ECDC (Anzahl COVID-«Impfungen»).[152]
- USA: VAERS (Nebenwirkungen)[153] und CDC (Anzahl COVID-«Impfungen»).[154]

230 Swissmedic publiziert periodische «Updates» über erfolgte Nebenwirkungsmeldungen; einen öffentlichen Zugriff auf die entsprechenden Rohdaten gibt es nicht. Anders bei EudraVigilance und VAERS: In den jeweiligen Webinterfaces besteht die Möglichkeit, die einzelnen Nebenwirkungsfälle in einer Tabelle, dem «Line Listing Report», aus den Datenbanken herunterzuladen. Sowohl die periodischen «Updates» von Swissmedic als auch die amerikanischen und europäischen Datenbanken bilden den Ausgangspunkt für die nachfolgend dargestellten Daten. Die nachfolgenden Tabellen und Grafiken spiegeln demnach lediglich den Inhalt der verfügbaren öffentlichen Daten der Zulassungsbehörden wider – die Korrektheit dieser Daten liegt in der Verantwortung der Zulassungsbehörden.

---

kungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 24. Update», 08.04.2022 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-14.html*; Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 25. Update», 06.05.2022 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-15.html*.

151 EudraVigilance, «Europäische Datenbank gemeldeter Verdachtsfälle von Arzneimittelnebenwirkungen», 22.06.2022, *https://www.adrreports.eu/de/index.html*; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Moderna [CX-02441]», «Covid-19 MRNA Vaccine Pfizer-Biontech [Tozinameran]», 22.06.2022, *https://www.adrreports.eu/en/search_subst.html#*; EudraVigilance, «COVID-19 MRNA VACCINE MODERNA [CX-02441] – Individual Cases by Age Group (Graphic)», 23.06.2022; EudraVigilance, «COVID-19 MRNA Vaccine Moderna [CX-02441] – Individual Cases by Age Group (Table)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Moderna [CX-02441] – Individual Cases by Geographic Origin (Graphic)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Moderna [CX-02441] – Individual Cases by Geographic Origin (Table)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Pfizer-Biontech [Tozinameran] – Individual Cases by Age Group (Graphic)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Pfizer-Biontech [Tozinameran] – Individual Cases by Age Group (Table)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Pfizer-Biontech [Tozinameran] – Individual Cases by Geographic Origin (Graphic)», 23.06.2022; EudraVigilance, «Covid-19 MRNA Vaccine Pfizer-Biontech [Tozinameran] – Individual Cases by Geographic Origin (Table)», 23.06.2022.

152 ECDC, «Data on COVID-19 vaccination in the EU EEA», 22.06.2022, *https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-covid-19-vaccination-eu-eea*; ECDC, «Data on COVID-19 vaccination – Data Download in XLSX», 22.06.2022, *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/vaccine_tracker/xlsx/data.xlsx*.

153 VAERS, «Vaccine Adverse Event Reporting System», 22.06.2022, *https://vaers.hhs.gov/data.html*; VAERS, «Data Sets», 22.06.2022, *https://vaers.hhs.gov/data/datasets.html*: VAERS, «Data 2020», 22.06.2022, *https://vaers.hhs.gov/eSubDownload/index.jsp?fn=2020VAERSData.zip*; VAERS, «Data 2021», 22.06.2022, *https://vaers.hhs.gov/eSubDownload/index.jsp?fn=2021VAERSData.zip*; VAERS, «Data 2022», 22.06.2022, *https://vaers.hhs.gov/eSubDownload/index.jsp?fn=2022VAERSData.zip*.

154 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), «COVID-19 Vaccinations in the United States», 22.06.2022, *https://data.cdc.gov/Vaccinations/COVID-19-Vaccinations-in-the-United-States-Jurisdi/unsk-b7fc*; CDC, «COVID-19 Vaccinations in the United States Jurisdiction (Export-ZIP)», 22.06.2022, *https://data.cdc.gov/api/views/unsk-b7fc/rows.csv?accessType=DOWNLOAD&bom=true&format=true&delimiter=%3B*.

Die beigezogenen Daten werden nachfolgend aber anders zusammengestellt und zusammengefasst, als dies seitens der zuständigen (Zulassungs-)Behörden erfolgt.

231 Im Rahmen der nachfolgenden Berechnungen der Nebenwirkungen pro 1 Million «Impfdosen» wurde der Umstand des **Meldeverzugs** bereits berücksichtigt: So müssen etwa in der EU die nationalen Behörden schwere Fälle innerhalb von 15 Tagen melden,[155] die restlichen Nebenwirkungen innerhalb von 90 Tagen.[156] Diesem Meldeverzug folgend wurden für die Berechnung der Nebenwirkungen pro 1 Million Impfdosen jeweils die «Impfquoten» auf den 6 Wochen zurückliegenden Stand berechnet.

232 Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den weltweiten Meldesystemen um rein **«passive Systeme»** handelt: Es erfolgt keine aktive Erfassung der Nebenwirkungen seitens der Zulassungsbehörden. Vielmehr verlassen sich diese auf die Meldungen von Herstellern, Ärzten oder gar Patienten. Werden diese Meldungen nicht erstattet, so werden offiziell auch keine Nebenwirkungen ausgewiesen. Dies führt zu einem **massiven Underreporting** (dazu hinten N 353 ff.). In den nachfolgenden Analysen werden gleichwohl die offiziell gemeldeten Zahlen dargestellt, also ohne Berücksichtigung des Underreportings.

1.3.2. Datengrundlagen

233 Anhand der periodischen «Updates» von Swissmedic (bis 04.06.2021) sowie der amerikanischen und europäischen Datenbanken (bis 05.06.2021) ergibt sich folgende Anzahl Nebenwirkungen (alle, schwerwiegende/ernste/ernste, Todesfälle):[157]

	CH	Kinder (CH)	EU	Kinder (EU)	USA	Kinder (USA)
Comirnaty	1.120		164.221	244	160.538	5.433
Ernst Comirnaty	492		31.361	65	52.936	1.582
Todesfälle Comirnaty			3.235	1	1.984	7

155 Siehe etwa Art. 104 Abs. 2, Art. 105 Abs. 2 Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, Amtsblatt Nr. L 311 vom 28/11/2001 S. 0067 – 0128, *https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32001L0083&from=en*.

156 So zumindest in Deutschland gemäss § 62 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG; Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 [BGBl. I S. 3394], das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. September 2021 [BGBl. I S. 4530] geändert worden ist): «Die zuständige Bundesoberbehörde hat jeden ihr gemeldeten und im Inland aufgetretenen Verdachtsfall einer schwerwiegenden Nebenwirkung innerhalb von 15 Tagen und jeden ihr gemeldeten und im Inland aufgetretenen Verdachtsfall einer nicht schwerwiegenden Nebenwirkung innerhalb von 90 Tagen elektronisch an die Datenbank nach Artikel 24 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 (EudraVigilance-Datenbank) zu übermitteln.»

157 Zufolge Meldeverzug sind die Impfdosen rückdatiert: 07.05.21 (CH), 24.04.21 (EU), 01.05.21 (USA).

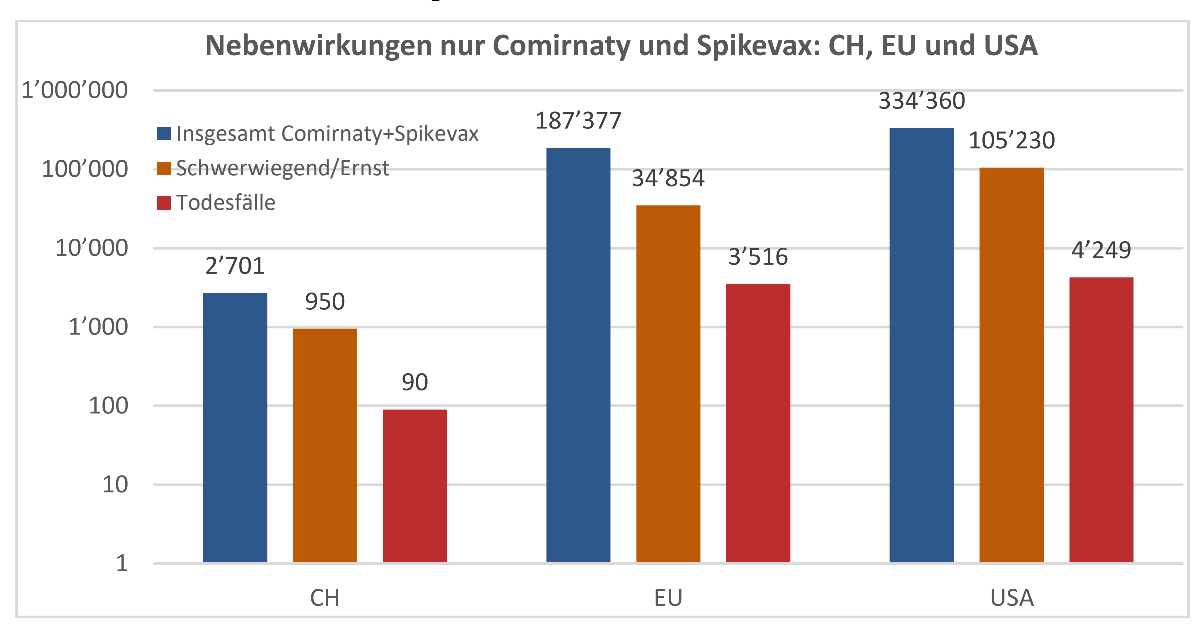
	CH	Kinder (CH)	EU	Kinder (EU)	USA	Kinder (USA)
Spikevax	1.538		23.156	30	173.822	3.783
Ernst Spikevax	433		3.493	8	52.294	124
Todesfälle Spikevax			281	0	2.265	2
Insgesamt Comirnaty+ Spikevax	2.701	8	187	274	334	9
Schwerwiegend/ Ernst	950		35	73	105	126
Todesfälle	90		284	1	4	9
Impfdosen Comirnaty	963.372		182.428.545		132.721.153	
Impfdosen Spikevax	1.836.628		22.764.689		108.142.826	
Comirnaty+ Spikevax / Mio	964,6		913,2		1.388,2	
Schwerwiegend/ Ernst / 1Mio	339,3		169,9		436,9	
Todesfälle / Mio	32,1		17,1		17,6	

234 Dabei wurden in den Bereichen Herz (Cardiac disorders), Gerinnungsstörungen und Folgen (Blood and lymphatic system disorders) sowie Todesfällen insgesamt folgende Zahlen gemeldet:

	CH gesamt	CH Comir-naty	CH Spike-vax	EU gesamt	EU Comir-naty	EU Spike-vax	USA gesamt	USA Comir-naty	USA Spike-vax
Herz	148	75	73	757	7.244	750	20	11.158	9.292
Gerinnungs-störungen	95	49	46	772	5.886	766	11	5.633	4.943
Todesfälle Comirnaty	90			284	3.235	281	4	1.984	2.265
Totgeburten				1	1	0	604	346	258
pro 1 Mio									
Herz	52,9	77,9	39,7	39,0	39,7	32,9	84,9	84,1	85,9
Gerinnungs-störungen	33,9	50,9	25,0	32,4	32,3	33,6	43,9	42,4	45,7
Todesfälle Comirnaty	32,1			17,1	17,7	12,3	17,6	14,9	20,9
Totgeburten				0,0	0,0	0,0	2,5	2,6	2,4

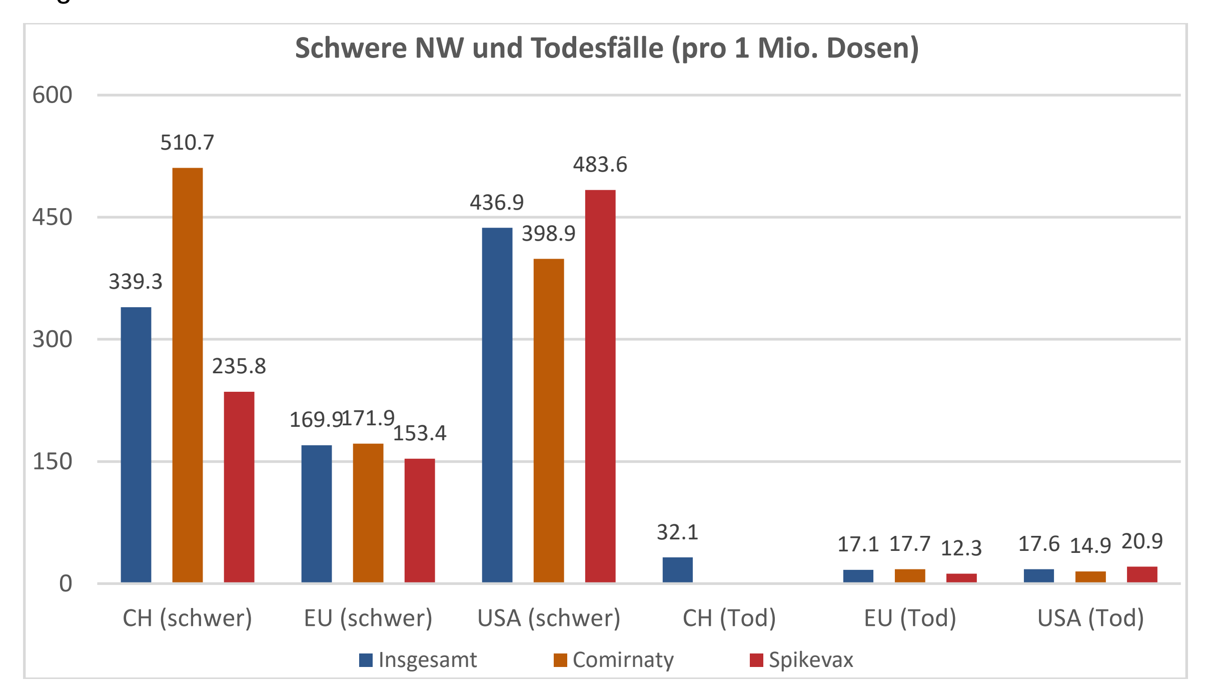
1.3.3. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (absolute Zahlen)

235 Bis zum 04.06.2021 wurden in der Schweiz, bis zum 05.06.2022 in der EU und den USA, für Comirnaty® und Spikevax® insgesamt **524'438 Nebenwirkungen** gemeldet – davon **141'034 schwere** Nebenwirkungen und **7'855 Todesfälle:**



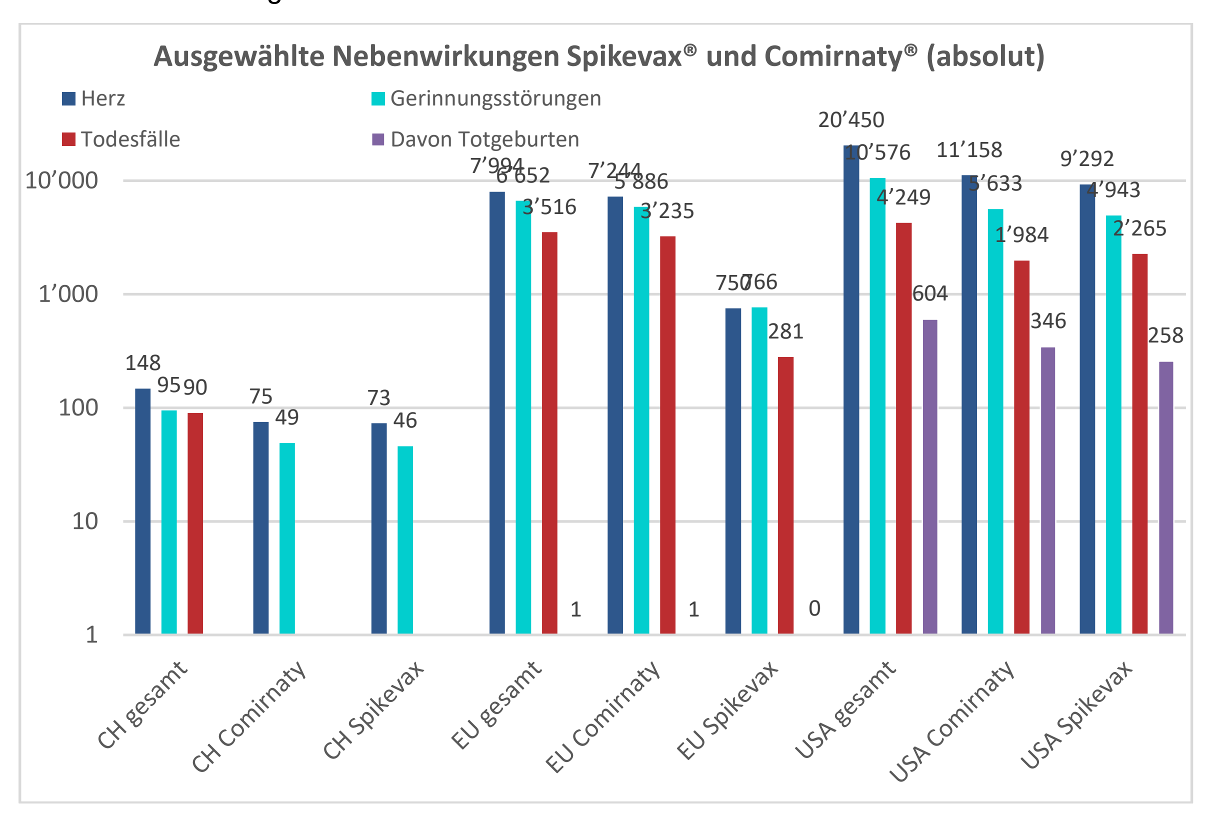
1.3.4. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (pro 1 Million «Impfdosen»)

236 Die Anzahl schwerwiegender Nebenwirkungen und solcher mit Todesfolge für Spikevax® und Comirnaty® **pro 1 Million verabreichter Dosen** fiel per **Juni 2021** entsprechend wie folgt aus:

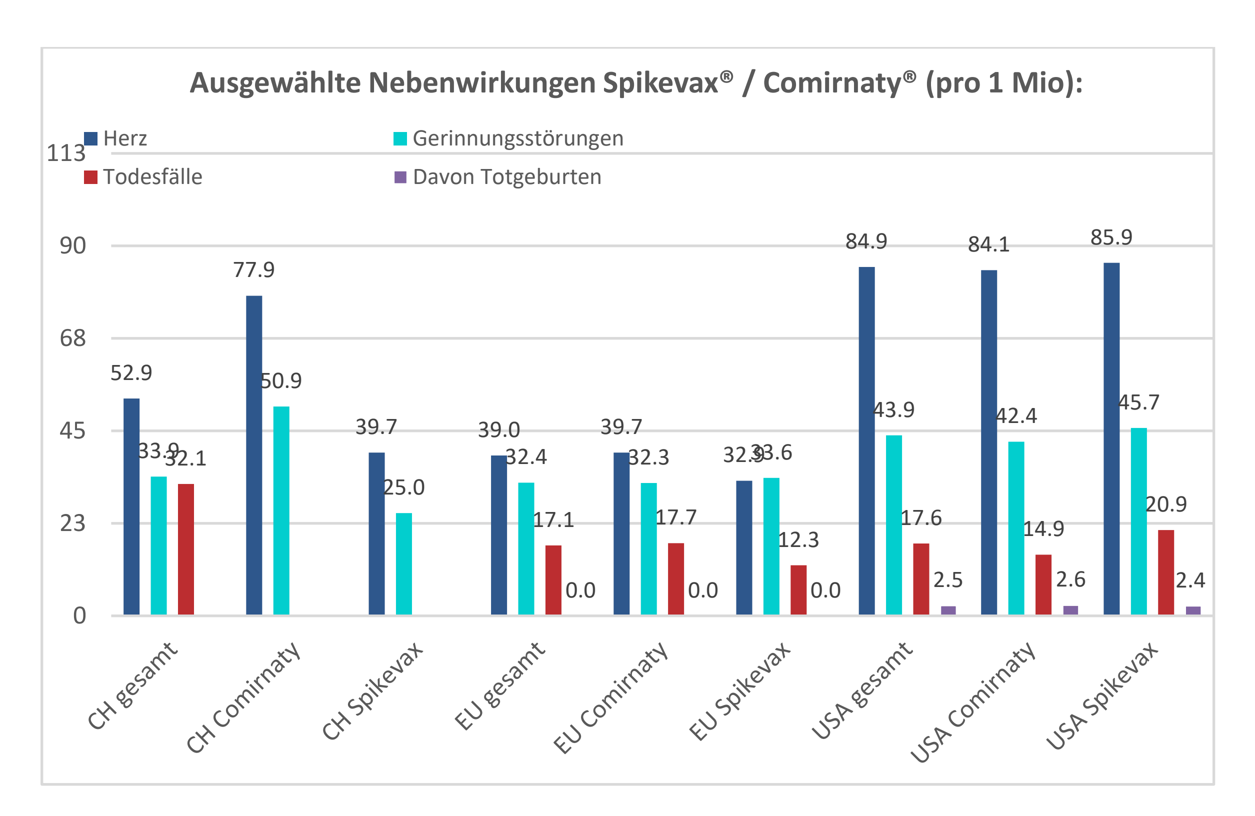


1.3.5. Ausgewählte Nebenwirkungen: Herz, Thrombosen, Todesfälle, Totgeburten

237 Eine eingehendere Analyse aller Nebenwirkungsmeldungen zu Comirnaty® und Spikevax® – aufgeteilt nach Symptomen wie Herz (Myokarditis etc.), Gerinnungsstörungen (Thrombosen etc.) sowie Todesfällen und Totgeburten – ergibt per **Juni 2021 in absoluten Zahlen** folgendes Bild:



238 **Pro 1 Million «Impfdosen»** ergibt dies folgendes Bild:



239 Die Nebenwirkungsmeldungen betreffend **Herz (Myokarditis/Perikarditis** etc.) lagen zum damaligen Zeitpunkt weltweit bei 32.9 bis 85.9, womit es sich gemäss Definition (MedDRA-Systemorganklassen) um **«sehr seltene» Nebenwirkungen** handelte, da weniger als 1 Fall pro 10'000 Dosen auftrat.

240 Besorgniserregend waren auch schon damals die Meldungen zu Gerinnungsstörungen, welche sich weltweit im Bereich von 25 bis 50.9 Fällen pro 1 Million Dosen bewegen. Die offiziellen Daten lagen damit weltweit schon damals in einem Bereich, welcher klarerweise vergleich-, mess- und schätzbar war. Pro 10'000 handelt es sich um 0.25 bis 0.509 Fälle, womit die **Gerinnungsstörungen schon im Juni 2021 als «sehr seltene» Nebenwirkungen (<1/10'000)** zu klassifizieren waren.

241 Sehr auffällig sind die **hohen Todesfallmeldungen in der Schweiz** von 32.1 pro 1 Million Dosen: Derart hohe Werte wurden später – ausser in den USA per 14. Mai 2022 (dazu hinten N 483) nie mehr erreicht.

242 Schon damals zeichnete sich zudem anhand der Daten aus den USA ab, dass **vermehrt Totgeburten** festzustellen waren.

1.4. Alarmsignal Todesfälle und schwere Nebenwirkungen

243 In der Vergangenheit zeigte sich immer wieder, dass Zulassungsbehörden weltweit nur verzögert auf Sicherheitssignale reagierten. Nachfolgend wird dargelegt, dass Alarmsig-

nale – wie sie derzeit vorliegen – zu früheren Zeiten längst zu einem umgehenden «Übungsabbruch» geführt hätten:

1.4.1. *Pandemrix®*: Weltweit 5000 schwere Nebenwirkungen

1.4.1.1 «Befristete Bewilligung» durch Swissmedic

244 *Nachdem die WHO im Juni 2009 für das H1N1-Virus die «Schweinegrippe-Pandemie» ausgerufen hatte, wurden bereits im Oktober 2009 die Impfstoffe Pandemrix® von Glaxo Smith* Kline (GSK) *und Focetria® von Novartis in der Schweiz zugelassen. Die Zulassungen erfolgten rasch,*[158] *mutmasslich gestützt auf Art. 9 Abs. 4 altHMG («befristete Bewilligung»),*[159] *also gestützt auf die Vorläufernorm des Art. 9a HMG («befristete Zulassung»). Die Zulassung von Focetria® wurde für Erwachsene und Kinder ab sechs Monate erteilt. Betreffend Pandemrix® entschied sich die Swissmedic – im Gegensatz zur EMA*[160] *– gegen eine Zulassung bei Schwangeren, Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren und Erwachsenen über 60 Jahren.*[161] *Zwei Wochen später wurde noch ein dritter H1N1-Impfstoff*

---

158 Vgl. Swissmedic: «Swissmedic für die Zulassung von Pandemieimpfstoffen sehr gut vorbereitet», 24.07.2009: «Schliesslich kann Swissmedic in dringlichen und gesundheitlich sehr kritischen Fällen auch eine zeitlich befristete Bewilligung für den Vertrieb der neuen Impfstoffe nach Art. 9 Abs. 4 HMG (Heilmittelgesetz) ausstellen. Diese Bestimmung erlaubt Swissmedic, in ausserordentlichen Situationen einen akuten Versorgungsengpass zu beseitigen. Eine Anwendung des Artikels würde sich dann rechtfertigen, wenn die Impfstoffe sofort appliziert werden müssten, um beispielsweise einer unkontrollierten Ausbreitung der Pandemie entgegen wirken oder besonders gefährdete Bevölkerungsteile schützen zu können.», *https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-28231.html*.

159 Art. 9a Abs. 4 aHMG (in Kraft bis Inkrafttreten des neuen Art. 9a HMG am 1. Januar 2019), lautete wie folgt: «Das Institut kann den Vertrieb oder die Abgabe von nicht zugelassenen Arzneimitteln gegen lebensbedrohende Krankheiten befristet bewilligen, wenn dies mit dem Schutz der Gesundheit vereinbar ist, von der Anwendung ein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten ist und wenn kein vergleichbares Arzneimittel zur Verfügung steht.»; Vgl. dazu auch: Swissmedic, «Revision des Heilmittelgesetzes – Anpassungen des Verordnungsrechts», 04.12.2018, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/specials/hmv4-ambvmedicrime-info.html*.

160 European medicines agency, «Assessment report Comirnaty», 25.11.2021, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-x-0077-epar-assessment-report-extension_en.pdf*; European medicines agency, «Arzneimittelinformation Pandemrix», 20.05.2008, S. 3 und 5, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/pandemrix-summary-product-characteristics_de.pdf*.

161 Swissmedic, «Swissmedic erteilt Zulassung für Pandemie-Impfstoffe», 30.10.2009, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/mitteilungen/archiv/swissmedic-erteilt-zulassung-fuer-pandemie-impfstoffe.html*.

– Celtura®, ebenfalls von Novartis – für Erwachsene und Kinder ab 3 Jahren zugelassen.[162]

245 *Swissmedic wurde damals kritisiert, weil sie etwa einen Monat länger für die Zulassung vom Pandemrix® benötigte als etwa die EMA. Doch hatte Swissmedic damals offensichtlich die notwendige Sorgfalt walten lassen: Sie hatte von GSK schlicht zu wenige Informationen erhalten, die eine gänzliche Freigabe von Pandemrix® für alle Bevölkerungsgruppen ermöglicht hätten.*[163] *Diese angezeigte Vorsicht zahlte sich zugunsten der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung aus, wie nachfolgend dargelegt wird.*

1.4.1.2 Impfkampagne Schweiz

246 *Der Bund nahm sich vor, achtzig Prozent der Bevölkerung zweifach zu impfen. Entsprechend kaufte er acht Millionen Dosen von GSK (Pandemrix®) und fünf Millionen Dosen von Novartis für insgesamt 82 Millionen Franken ein. Die Impfkampagne startete im November 2009, obwohl zu dem Zeitpunkt bereits klar war, dass H1N1 vornehmlich hohe Fallzahlen mit leichten Krankheitsverläufen generierte. In den Folgemonaten liess sich nur ein kleiner Teil der Bevölkerung impfen: Es wurden insgesamt nur 3 Millionen Impfstoffdosen verbraucht, 8 Millionen wurden vernichtet, der Rest an arme Länder gespendet.*[164]

1.4.1.3 Verschleierung erster Nebenwirkungen

247 Schon kurz nach Zulassung von Pandemrix® häuften sich die Meldungen über Nebenwirkungen: Bereits im November 2009 hatte GSK 1'138 Berichte über Verdachtsfälle von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen für Pandemrix® erhalten (entsprechend 76 Fälle / Mio. verabreichter Dosen). Mitte Dezember 2009 gab es bereits 3280 Berichte über schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (68 Fälle / Mio. verabreichter Dosen). Der letzte Bericht vom 31. März 2010 zeigte 5'069 schwerwiegende unerwünschte Ereignisse für **Pandemrix® (72 Fälle / Mio. verabreichter Dosen).** Zu den häufigen Nebenwirkungen zählten unter anderem ein allergischer Schock, Gesichtslähmungen, Zuckungen, Gefässentzündungen und Gehirnentzündungen. **Weder GSK noch die Gesundheitsbehörden veröffentlichten diese Informationen** – und es ist nicht klar, ob die im Vergleich zu den anderen H1N1-Impfstoffen deutlich höheren Nebenwirkungsraten von Pandemrix® unter-

---

162 Swissmedic, «Swissmedic erteilt Zulassung für Celtura», 13.11.2009, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/mitteilungen/archiv/swissmedic-erteilt-zulassung-fuer-celtura.html*.

163 WOZ, FN 163.

164 WOZ, FN 163.

sucht wurden. Weder GSK noch die Zulassungsbehörden haben entsprechende Anfragen zu diesem Thema bis heute beantwortet.[165]

248 Besonders stossend ist, dass etwa der deutschen Politik die Probleme von Pandemrix® bereits im November 2009 bekannt sein mussten – liessen sich doch die Kanzlerin und Minister offenbar nicht mit Pandemrix®, sondern mit einem alternativen H1N1-Impfstoff immunisieren. Trotzdem wurde die Impfkampagne mit Pandemrix® für die breite Bevölkerung laufen gelassen. Entsprechend scharf äusserte sich dazu der damalige Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig: *«Wir sind unglücklich über diese Impfkampagne […]. Die Gesundheitsbehörden sind auf eine Kampagne der Pharmakonzerne hereingefallen, die mit einer vermeintlichen Bedrohung schlichtweg Geld verdienen wollten.»*[166]

1.4.1.4 Weitere Nebenwirkung: Narkolepsie (Schlafkrankheit)

249 Zu den ersten genannten Nebenwirkungen gesellte sich bald eine weitere: Narkolepsie. In drei renommierten Schlaflaboren in Kanada, den USA und in Frankreich wurde nach Zulassung von Pandemrix® erkannt, dass Fälle von Narkolepsie (Schlafkrankheit) deutlich anstiegen. Im Jahr nach der Schweinegrippe registrierten die drei Institutionen in den von ihnen untersuchten Regionen zusammen eine Verdreifachung der neuen Patienten.[167] Entsprechendes stellten auch Schweden und Finnland bei Kindern und Jugendlichen fest.[168]

250 Narkolepsie ist eine neurologische Krankheit, die, einmal aufgetreten, lebenslang bestehen bleibt. Sie ist eine Störung der Schlaf-Wach-Regulierung, deren Zentren im Gehirnstamm und im Mittelhirn liegen. Sie kann erhebliche berufliche, familiäre und persönliche Probleme verursachen, denn die Symptome beeinträchtigen die Lebensführung der Betroffenen meist stark.[169]

---

165 DOSHI, «Pandemrix vaccine: why was the public not told of early warning signs? », 20.09.2018, *https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3948*.

166 Der Spiegel, «Kanzlerin und Minister sollen speziellen Impfstoff erhalten», 17.10.2009, *https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/schutz-vor-schweinegrippe-kanzlerin-und-minister-sollen-speziellen-impfstoff-erhalten-a-655764.html.*

167 WOZ, FN 163.

168 ECDC, «Narcolepsy in association with pandemic influenza vaccination», 09.2012, *https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Vaesco%20report%20FINAL%20with%20cover.pdf.*

169 SNaG, «Was ist Narkolepsie?», 17.06.2022, *https://www.narcolepsy.ch/de-ch/ueber-narkolepsie/was-ist-narkolepsie*.

251 Die Narkolepsiefälle wurden schliesslich in mehreren Studien auf Pandemrix® – genauer: das im Impfstoff enthaltene wirkungsverstärkende kritische Adjuvans AS03 – als wahrscheinlich kausale Ursache zurückgeführt.[170]

252 Von den rund 30 Millionen Geimpften in Europa erkrankten über 1300 Menschen im Zusammenhang mit Pandemrix® an Narkolepsie.[171] In der Schweiz wurden dagegen nur neun Fälle einer Narkolepsie im Zusammenhang mit Pandemrix® vermeldet. Diese verhältnismässig tiefe Rate dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Swissmedic Pandemrix® nur für Erwachsene zugelassen hatte: Die meisten Fälle von Narkolepsie brechen nämlich im Alter zwischen zehn und zwanzig Jahren aus.[172]

1.4.1.5 Total Nebenwirkungen und Fazit

253 Die vermeintliche «Pandemie» wurde durch die WHO am 10. August 2010 für beendet erklärt,[173] wodurch auch die verfehlte Impfkampagne obsolet und nicht weitergeführt wurde.

254 In der Schweiz betrafen letztlich über 80% der Nebenwirkungsmeldungen Pandemrix®; doch kam die Schweiz dank des Eingreifens der Swissmedic relativ glimpflich davon.[174] Weltweit sollen sich die Verdachtsfälle von schweren Nebenwirkungsmeldungen im Zusammenhang mit Pandemrix® bis 2018 aber auf über 5'000 summiert haben. Aufgrund des bekannten Underreportings dürfte auch diese Zahl maximal 10% der effektiven Fälle widerspiegeln.[175] Trotz all dieser Daten und naheliegenden Kausalzusammenhängen sehen es GSK und die europäische Arzneimittelbehörde EMA bis heute nicht als erwiesen

---

170 PARTINEN et al., «Increased Incidence and Clinical Picture of Childhood Narcolepsy following the 2009 H1N1 Pandemic Vaccination Campaign in Finland», 28.03.2012, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC3314680/*; NOHYNEK et al., «AS03 Adjuvanted AH1N1 Vaccine Associated with an Abrupt Increase in the Incidence of Childhood Narcolepsy in Finland», 28.03.2012, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC3314666/*; MILLER et al., «Risk of narcolepsy in children and young people receiving AS03 adjuvanted pandemic A/H1N1 2009 influenza vaccine: retrospective analysis», 26.02.2013, *https://www.bmj.com/content/346/bmj.f794.long*; vgl. auch WOZ, FN 163.

171 Science, «Why a pandemic flu shot caused narcolepsy», 01.07.2015, *https://www.science.org/content/article/why-pandemic-flu-shot-caused-narcolepsy*; siehe auch: Der Spiegel, «Hersteller von Schweinegrippe-Impfstoff ignorierte Risiken», 21.09.2018, *https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/schweinegrippe-impfstoff-pandemrix-risiken-wurden-ignoriert-a-1229144.html*.

172 WOZ, FN 163.

173 Internet Archive, «H1N1 in post-pandemic period», 26.08.2010, *https://web.archive.org/web/20100826004505/https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/index.html*.

174 WOZ, FN 163.

175 Der Spiegel, «Hersteller von Schweinegrippe-Impfstoff ignorierte Risiken», 21.09.2018, *https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/schweinegrippe-impfstoff-pandemrix-risiken-wurden-ignoriert-a-1229144.html*.

an, dass die Fälle auf Pandemrix® zurückzuführen sind – entsprechende Gerichtsprozesse laufen offenbar immer noch.[176]

255 Obwohl schon früh erkennbar war, dass die «Schweinegrippe» viel milder verlief als prognostiziert, wurde die Impfkampagne trotz der ebenfalls frühzeitig bekannten (aber offiziell nicht publizierten) Nebenwirkungen zum Schaden der Menschen unbeirrt fortgesetzt.[177] Eine saubere «Nutzen-Risiko-Analyse» konnte so zumindest auf europäischer Ebene offensichtlich nicht stattfinden.

1.4.2. Rückzug von Medikamenten: 50 Todesfälle oder lebensbedrohliche Vorfälle

256 Die Firma Bayer zog 2001 den Cholesterinsenker Lipobay® wegen weltweit 52 Todesfällen zurück, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Einnahme von Lipobay® und einer Muskelschwäche aufgetreten waren.[178]

257 Die Firma Merck zog 2004 den Entzündungshemmer Vioxx® zurück, weil sich zeigte, dass es mit einem erhöhten Risiko für Herz- Kreislauferkrankungen assoziiert war: Unter 20'742 beobachteten Patienten waren insgesamt 52 Herzinfarkte aufgetreten, wobei 41 von diesen Vioxx® eingenommen hatten. Eine Untersuchung der Universität Bern kam zum Schluss, dass dieses Risiko bereits im Jahr 2000 belegbar war.[179]

258 Überdies hielt das Bundesgericht in einem Urteil von 2008 fest, dass in einer klinischen Studie «Abbruchkriterien» festgelegt worden seien, wonach die Studie bei Erkenntnissen über die «Schädlichkeit des therapeutischen Vorgehens» «bereits nach den ersten **50 Patienten** abgebrochen worden» wäre.[180]

1.4.3. Vergleich COVID-«Impfstoffe» mit Grippe-Impfstoff

1.4.3.1 Schweiz: Wenig aussagekräftige Datenlage

259 In der Schweiz werden zur Immunisierung gegen eine Influenza bei Erwachsenen und Kindern aktuell drei Impfstoffe eingesetzt: Influvac Tetra®, Fluarix Tetra® und Vaxigrip

---

176 Der Spiegel, FN 175.

177 Vgl. Der Spiegel, FN 175.

178 FAZ, «52 Todesfälle nach Lipobay-Einnahme eingeräumt», 13.08.2001, *https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/bayer-52-todesfaelle-nach-lipobay-einnahme-eingeraeumt-129872.html;* Finanz und Wirtschaft, «*Bayer bildet keine Rückstellungen*», 18.08.2001, *https://www.fuw.ch/article/bayer-bildet-keine-rckstellungen*.

179 Universität Bern, «Risiken von Vioxx waren schon im Jahr 2000 erkennbar», 05.11.2004, *https://www.unibe.ch/aktuell/medien/media_relations/archiv/news/2004/041105vioxx/index_ger.html.*

180 BGE 134 IV 175, E. 4.3. S. 182.

Tetra®.[181] Während in den entsprechenden Fachinformationen auf www.swissmedicinfo.ch basierend auf den Resultaten der klinischen Studien die für Impfungen üblichen leichten bis mittelschweren Nebenwirkungen (z.B. Kopfschmerzen, Schmerzen an der Injektionsstelle, Muskelschmerzen, Schüttelfrost, Fieber) aufgeführt sind, finden sich basierend auf den Meldungen aus der Postmarketingphase mit «unbekannter Häufigkeit» auch schwere Nebenwirkungen wie z.B. das Guillain-Barré-Syndrom (eine Form von Polyneuropathie, bei der es zu Muskelschwäche kommt), eine Fazialislähmung (Lähmung des Gesichtsnervs), eine Vaskulitis (Gefässentzündung) oder eine Optikusneuritis (Entzündung des Sehnervs).

260 Für die Jahre 2014 und 2015 vermeldete Swissmedic für Impfungen insgesamt 296 resp. 278 Meldungen von Verdachtsfällen von Nebenwirkungen. Über 100 der insgesamt 278 Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen waren auf die Influenzaimpfung zurückzuführen, 20% dieser Fälle wurden als schwerwiegend eingestuft. Im Zusammenhang mit der Influenza-Impfung wurde ein Fall einer Fazialislähmung und ein Todesfall vermeldet. Da keine zuverlässigen Daten zur Anzahl verabreichter Impfungen in der Schweiz verfügbar sind, sind keine Rückschlüsse auf Melde- oder Nebenwirkungsraten möglich.[182]

261 Per Mai 2021 vermeldete Swissmedic bei 2.8 Millionen verabreichten Dosen von COVID-«Impfstoffen» 1’953 ausgewertete Verdachtsfälle von Nebenwirkungen, wovon 701 Fälle als schwerwiegend eingestuft wurden.[183] Hieraus ergibt sich eine Rate von **250 schweren Nebenwirkungen pro 1 Million verabreichter Dosen.**

1.4.3.2 Deutschland: COVID-«Impfstoffe» 40mal tödlicher als Grippe-Impfstoffe

262 Die durch das ***Paul Ehrlich Institut*** **(*PEI*) in Deutschland** erhobenen Nebenwirkungsmeldungen zeigen, dass die **Todesrate für die COVID-«Impfstoffe» um das 40-Fache höhe**r liegt (15.6 pro Million verabreichter Dosen) **als bei der Grippeimpfung** (0.4 pro Million verabreichter Dosen). Die **Wahrscheinlichkeit für eine Nebenwirkung mit bleibendem Schaden** ist bei der COVID-«Impfung» (47.8 pro Million verabreichter Dosen) **173mal grösser als bei einer Grippe-Impfung** (0.3 pro Million verabreichter Dosen):[184]

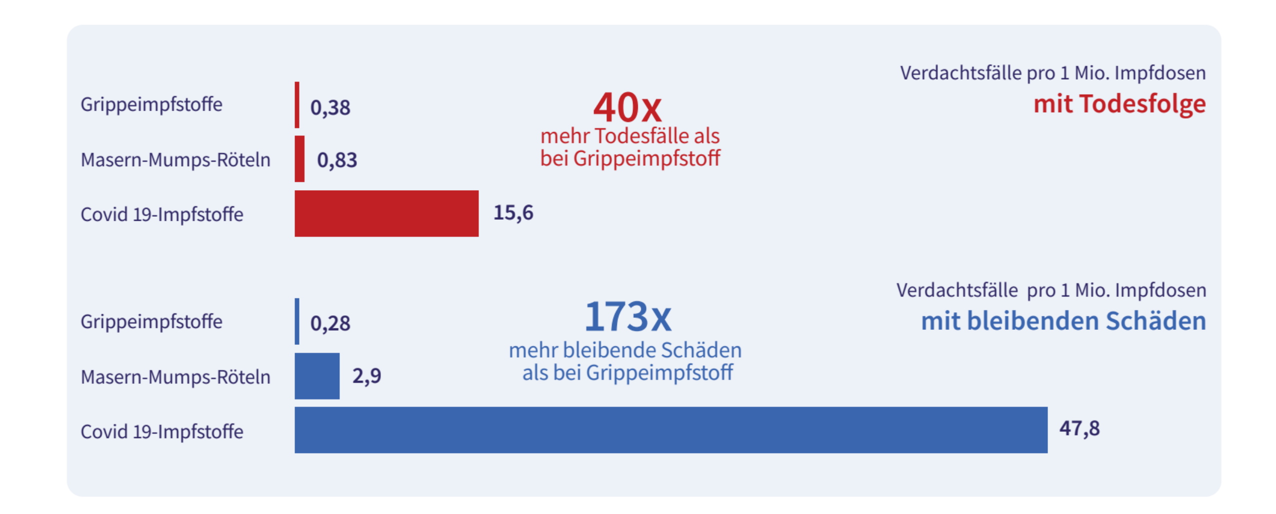
---

181 Impfengegengrippe, «Informationen zu den Grippe-Impfstoffen», Stand 05.2022, *https://impfengegengrippe.ch/de-ch/impfung/impfstoffe.html.*

182 Swissmedic, «Zusammenfassung zu den in der Schweiz gemeldeten unerwünschten Ereignissen nach Impfungen im Jahr 2015», 14.09.2016, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/marktueberwachung/vigilance/zusammenfassung_zudeninderschweizgemeldetenunerwuenschtenereigni.pdf.download.pdf/zusammenfassung_zudeninderschweizgemeldetenunerwuenschtenereigni.pdf*.

183 Swissmedic, FN 571.

184 WIGES, «Impfnebenwirkungen», 29.06.2022, *https://wiges.org/impfnebenwirkungen/*.



1.4.3.3 *EU:* COVID-«Impfstoffe» 21mal tödlicher als Grippe-Impfstoffe

263 Basierend auf den Europäischen Daten der **EUDRA-Vigilance ist die Wahrscheinlichkeit für einen Todesfall 21mal** grösser als bei einer Grippe-Impfung (COVID-«Impfstoffe»: 13 Todesfälle pro Million verabreichter Dosen, Grippe-Impfung 0.63 Todesfälle pro Million verabreichter Dosen).[185]

264 **Die Rate für eine schwerwiegende Nebenwirkung** im Zusammenhang mit einer **COVID-«Impfung»** liegt bei **278 pro Million verabreichter Dosen.**[186]

1.4.3.4 *USA:* COVID-«Impfstoffe» 51mal tödlicher als Grippe-Impfstoffe

265 Auch die **amerikanischen Zahlen** aus der ***VAERS***-Datenbank belegen den gleichen besorgniserregenden Trend:

266 Eine Analyse, welche die *VAERS*-Daten bis zum 5.3.2022 umfasste, rapportierte für die Grippeimpfung seit 1990 1274 (0.41 pro 1 Million verimpfter Dosen) und für die COVID-«Impfung» 11'312 Todesfälle (21 pro 1 Million verimpfter Dosen). Das **Risiko, infolge einer Nebenwirkung zu sterben**, ist **für die COVID-«Impfstoffe»** somit **51mal höher** als für die Grippeimpfung.[187]

267 In analoger Weise wurden für die gleiche Berichtsperiode für die COVID-«Impfstoffe» 52'162 (96 pro Million verabreichter Dosen) und für die Grippe-Impfung 10'194 (3.3 pro Million verabreichter Dosen) Nebenwirkungen, welche mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, registriert. Das Risiko für eine **Hospitalisation infolge einer Neben-**

185 WIGES, FN 184.
186 7Argumente, «Eine COVID-19-Impfpflicht ist verfassungswidrig», 09.03.2022, *https://7argumente.de/*; 7Argumente, «Anlage 4: Erfasste und unerfasste Nebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe», 08.03.2022, *https://7argumente.de/download/922/*.
187 WIGES, FN 184.

wirkung ist somit **für die COVID-«Impfstoffe» 29mal grösser als für die Grippeimpfung**.[188]

1.4.3.5 *Gegenüberstellung: Massiv erhöhtes Risiko der mRNA-«Impfstoffe»*

268 Anhand der zuvor beschriebenen **schweren Nebenwirkungen** (Nebenwirkungen, die tödlich oder lebensbedrohend sind, eine stationäre Behandlung erfordern oder zu erheblichen oder bleibenden Schäden führen)[189] **und Todesfällen** ergibt sich die nachfolgende Übersicht (Angaben in Fällen pro Million verabreichter Impfdosen):

Tabelle 1: Schwere Nebenwirkungen

	Grippe[190]	Pandemrix®[191]	COVID-«Impfstoffe»[192]
Schweiz	--	--	**250[193]**
DE[194]	0.28	--	**47.8[195]**
EU	1.8	72	**278**
USA	3.3	--	**96[196]**

Tabelle 2: Todesfälle

	Grippe[197]	Pandemrix®[198]	COVID-«Impfstoffe»[199]
Schweiz	--	--	**12.1–15.2**
DE[200]	0.38	--	**15.6**
EU	0.63	--	**12.1–12.9**
USA	0.41	--	**19.6–27.8**

269 Auch wenn die erhobenen Zahlen je nach Herkunft und infolge nicht einheitlicher Definition von «schweren Nebenwirkungen» erheblichen Schwankungen unterliegen, ist die Erkenntnis eindeutig: Die COVID-«Impfstoffe» weisen bereits nach nur etwas mehr als ei-

188 WIGES, FN 184.
189 AkDÄ, «Nebenwirkungen melden, ein Leitfaden für Ärzte», 03.2019, S. 10, *https://www.akdae.de/arzneimitteltherapie/lf/uaw*.
190 Vorn N 263 (EU) und 266 (USA).
191 Vorn N 247 (EU).
192 Vorn N 263 (EU) und N 266 (USA).
193 Vorn N 261 (CH).
194 Vorn N 262 (DE)
195 Nebenwirkungen mit *bleibendem* Schaden.
196 Nebenwirkungen, welche mit einem *Spitalaufenthalt* verbunden sind.
197 Vorn N 263 (EU) und N 266 (USA).
198 Vgl. vorn N 244 ff.
199 Hinten N 343 und 486 (Schweiz / EU / USA; je nur betreffend Comirnaty und Spikevax); siehe auch N 266 (USA).
200 Vorn N 262 (DE)

nem Jahr der Anwendung eine absolut verheerende Bilanz auf. Pro Million verimpfter Dosen liegen die **schweren Nebenwirkungen über 30-mal, die Todesfallzahlen gar 20–50-mal höher als bei den Grippe-Impfstoffen.** Allfällige (mittel- und) langfristige Nebenwirkungen der COVID-«Impfstoffe» sind hierbei – im Gegensatz zu den anderen besprochenen Impfstoffen – noch gar nicht eingerechnet.

270 In Anbetracht dieser Zahlen ist es in keiner Weise nachvollziehbar, wie Swissmedic unverändert auf der eigenen Website zuhanden informationssuchender Bürger auf die Frage, «1. Sind die Covid-19 Impfstoffe sicher?» («FAQ»), behaupten kann: «Bisher gibt es keine Hinweise auf bleibende negative Folgen für die Gesundheit.»[201]

1.4.4. Vergleich COVID-«Impfstoffe» mit Masern-Impfstoffen

1.4.4.1 Masern: Massiv höhere (Ansteckungs-) und Sterblichkeitsrate

271 Die Masern sind eine virale Infektionskrankheit, die zu schweren Komplikationen, bleibenden Behinderungen und in seltenen Fällen sogar zum Tod führen kann. Bei rund 10 % der Erkrankten führen Masern zu teils ernsthaften Komplikationen (7–9 % Mittelohrentzündung, 1–6 % Lungenentzündung, 0,6 % Fieberkrämpfe, 0,1 % Hirnentzündung), die einen Spitalaufenthalt notwendig machen. Trotz bester medizinischer Versorgung in Europa verläuft die Krankheit bei einem von circa 3000 Erkrankten tödlich, weshalb weltweit eine Immunisierung mittels Impfung empfohlen wird.[202] Das BAG empfiehlt eine zweimalige Grundimmunisierung im Alter von 9 und 12 Monaten mit einem kombinierten Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff.[203]

272 Wie an diversen Stellen eingehend dargelegt (siehe N 633 ff., N 648 ff., N 687 ff., N 706 ff., N 722 ff.), handelt es sich bei COVID im Normalfall um keine schwere Erkrankung, die zu schweren Komplikationen, bleibenden Behinderungen oder zum Tode führt, weder bei Erwachsenen, noch bei Kindern. COVID ist maximal so gefährlich wie eine mittelschwere Grippe-Welle, für welche bis anhin nur eine Impfempfehlung für Risikopatienten und Gesundheitsfachpersonen ausgesprochen wurde.[204]

---

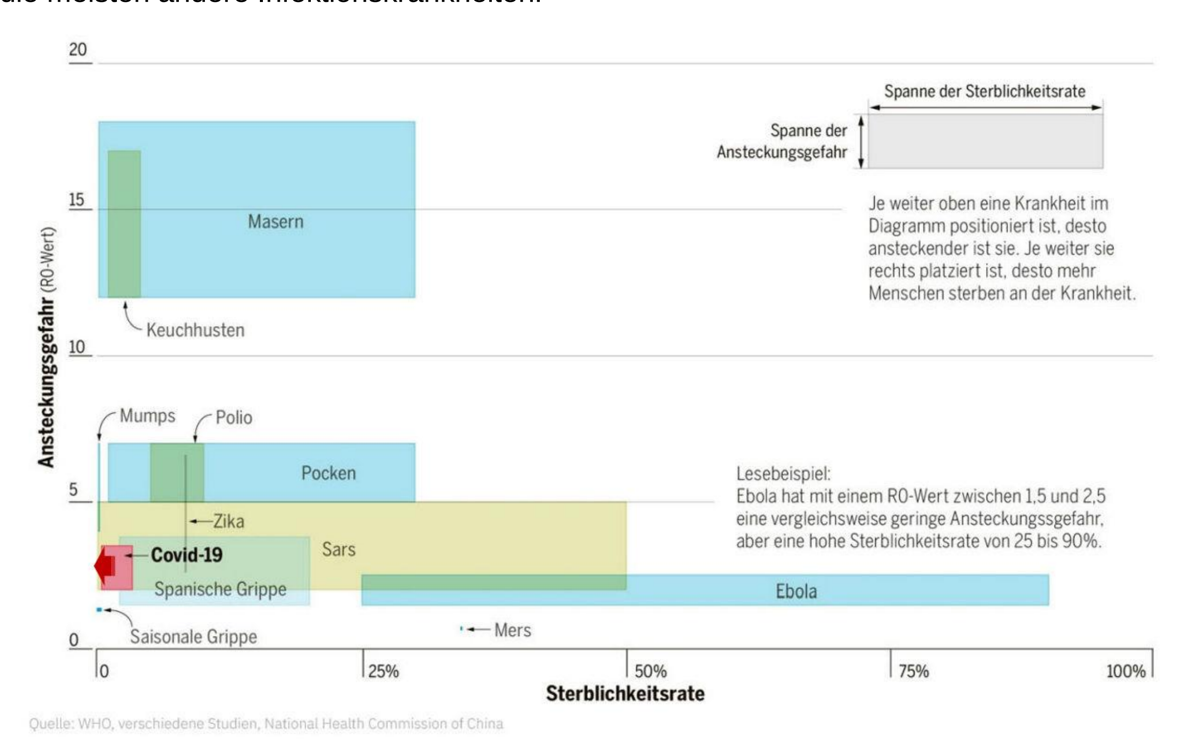
201 Swissmedic, «FAQ zu den Covid-19 Impfstoffen», 23.06.2022, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/faq-covid.html*.

202 BAG, «Gegen Masern impfen und nichts verpassen», 10.2013, *https://www.infovac.ch/docs/public/masern-rougeole-mumps-oreillons-roteln-rubeole/4-masern-zuhause-bleiben.pdf*.

203 BAG, «Anpassung der Empfehlungen zur Prävention von Masern, Mumps und Röteln (MMR)», 25.03.2019, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/neue-empfehlungen-2019/mmr-impfung.pdf.download.pdf/mmr-impfung-de.pdf*.

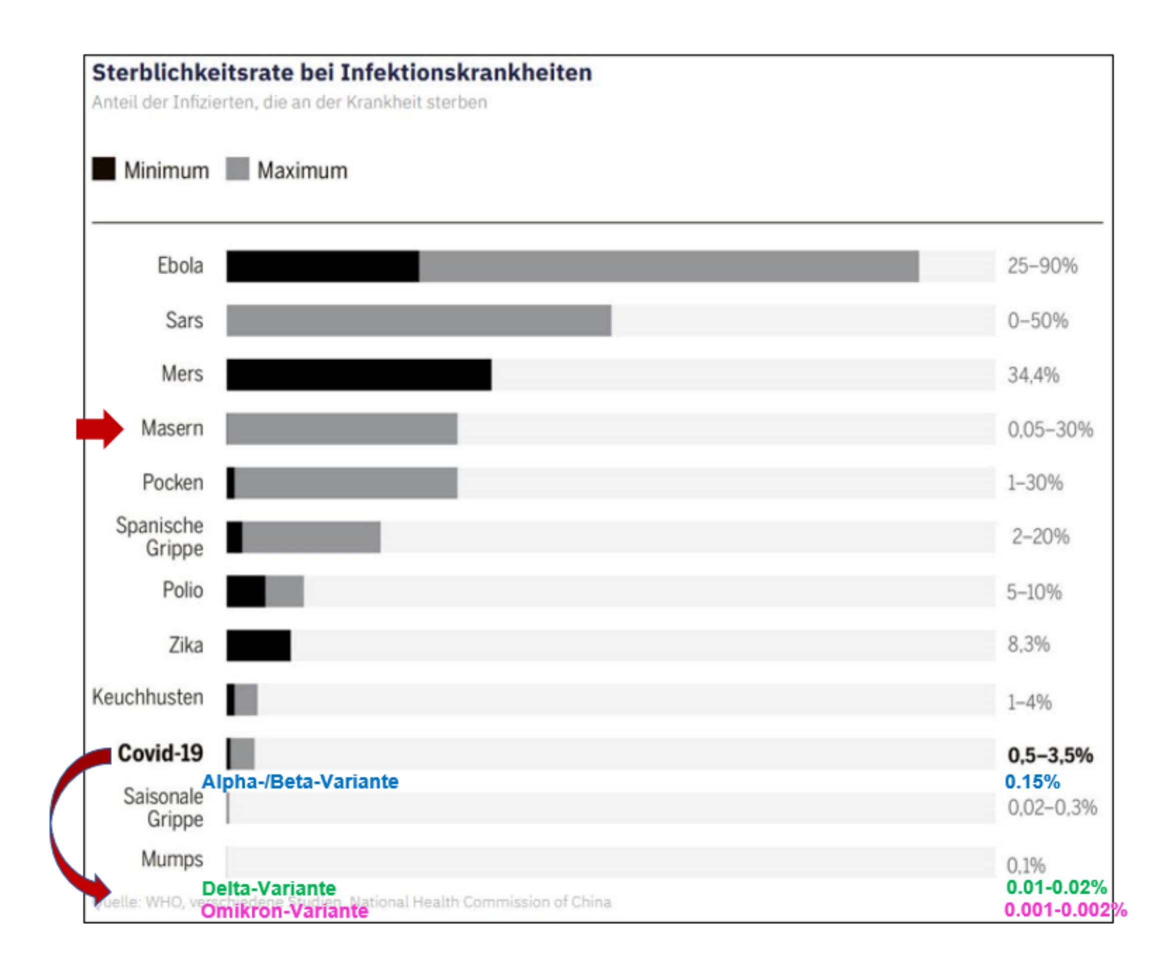
204 Infovac, «Grippe», 01.06.2022, *https://www.infovac.ch/de/impfunge/nach-krankheiten-geordnet/grippe*.

273 Bereits im März 2020 wurde in einem Artikel vom Tagesanzeiger illustriert, dass SARS-CoV-2 deutlich weniger gefährlich und auch weniger ansteckend ist, als die Masern und die meisten andere Infektionskrankheiten:[205]



274 Die im Tagesanzeiger publizierte Sterblichkeitsrate für COVID war nachweislich zu hoch angesetzt:

205 Tagesanzeiger, «So gefährlich ist das neue Coronavirus im Vergleich», 25.03.2020, *https://interaktiv.tagesanzeiger.ch/2020/wuhan-coronavirus-im-vergleich/?nosome*.



275 Schon im März 2020 hatte Anthony Fauci selbst die Gefährlichkeit von COVID mit einer schweren Grippe verglichen.[206] Nachfolgende Varianten wurden immer ungefährlicher und die Sterblichkeitsrate, wie an den oben genannten Textpassagen erörtert und in obiger Abbildung ergänzt, deutlich nach unten korrigiert.

276 **Basierend auf diesen Daten macht ein Vergleich von SARS-CoV-2 mit den Masern keinen Sinn, da die beiden Erkrankungen weder hinsichtlich Schweregrad noch hinsichtlich Ansteckungsgefahr vergleichbar sind. Ebenso wenig ist es medizinisch vertretbar, eine breite Impfempfehlung für COVID mit dem Verweis auf die empfohlene Masernimpfung zu stützen.**

1.4.4.2 Risikopotential der beiden Impfstoffe

277 Die mit der Masern-Impfung assoziierten Risiken sind mit denjenigen der COVID-«Impfstoffe» nicht vergleichbar. Die in einem ausführlichen internationalen Pharmacovigilance-Report[207] der Organisation «World Council for Health» erfassten und ausgewerte-

---

[206] FAUCI, «Covid-19 — Navigating the Uncharted», 26.03.2020, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2002387*.

[207] World Council for Health, «Covid-19 Vaccine Pharmacovigilance Report», 16.06.2022, *https://worldcouncilforhealth.org/resources/covid-19-vaccine-pharmacovigilance-report/*.

ten Impf-Nebenwirkungen zeigen, dass die **COVID-«Impfstoffe» um ein Vielfaches gefährlicher** sind **als die Masern-Impfung**:

278 In der Datenbank «Vigi-Access» der WHO wurden seit 1968 per Mai 2022, also in 54 Jahren, für die Masern-Impfungen 6’231 Nebenwirkungen erfasst. Demgegenüber stehen 3’777’652 registrierte Nebenwirkungen für die COVID-«Impfstoffe» in einem Zeitraum von 1.5 Jahren:

Table 2: Other Vaccine Adverse Event Data on VigiAccess

Vaccine	Total Number of Adverse Event Reports on VigiAccess as of May 2022	Percentage of 1 year olds who have been immunized globally	Data Collected Since
Tuberculosis Vaccine	37335	88%	1968
Polio Vaccine	123732	86%	1968
Diphtheria Vaccine	1914	85%	1979
Tetanus Vaccine	15381	85%	1968
Pertussis Vaccine	2259	85%	1972
Hepatitis B Vaccine	106761	85%	1984
H. Influenza B Vaccine	90044	72%	1986
Measles Vaccine	6231	71%	1968
Rubella Vaccine	2640	71%	1971
Covid-19 Vaccine	3777652	65.7%***	2020

**** Percentage of current world population ****

279 Im amerikanischen **VAERS-System** wurden für die **Masern-Mumps-Röteln-Impfung** bei 301 Millionen geimpften Personen 77'954 Nebenwirkungen (**259 Nebenwirkungen/1 Mio geimpfte Personen**), für die **COVID-«Impfstoffe»** bei 255 Millionen geimpften Personen 856'340 Nebenwirkungen (**3’358 Nebenwirkungen/1 Mio geimpfte Personen**) registriert:

Table 3: Contextual Data of Covid-19 Vaccine and Measles, Mumps, Rubella Vaccine on VAERS

# of	Covid-19 Vaccine	Measles/Mumps/Rubella
Approximate Number of Individuals Vaccinated	255000000	301000000
Total number of Adverse Event Reports on VAERS	856340	77954

280 Im **EudraVigilance-System** wurden für die **Masern-Impfung** bei 673.2 Millionen geimpften Personen 48’913 Nebenwirkungen (**72.7 Nebenwirkungen/1 Mio geimpfte Personen**), für die **COVID-«Impfstoffe»** bei 341.6 Millionen geimpften Personen 1’800’000 Nebenwirkungen (**5269.3 Nebenwirkungen/1 Mio geimpfte Personen**) registriert:

Table 4: Contextual Data of Covid-19 and Measles Vaccine: EudraVigilance

# of	Covid-19 Vaccine	Measles Vaccine
Approximate Number of Individuals Vaccinated	341628772	673200000
Total number of Adverse Event Reports on EudraVigilance	1800000	48913

281 **Das Risiko für eine Nebenwirkung ist somit für die COVID-«Impfstoffe», basierend auf den VAERS-Daten aus den USA 13mal, basierend auf den Daten der EudraVigilance gar 72mal höher als bei den Masern-Impfungen**.

282 **Die Notwendigkeit einer COVID-«Impfung» als Analogon auf die Empfehlung der Masern-Impfung zu stützen, entbehrt somit nicht nur medizinisch, sondern auch ethisch jeglicher Grundlage.**

1.5. Erste Studien: Zusammenhang von mRNA-«Impfung» und Nebenwirkungen

283 Nachfolgend wird auf weltweite **«peer reviewte»-Publikationen** hingewiesen, die bis zum 4. Juni 2021 erschienen.

284 Die Liste wird sodann (hinten N 433 ff. und hinten N 551 ff.) für die weltweiten Publikationen bis 26. Oktober 2021 bzw. 1. März 2022 fortgeführt.

285 Trotz der nachfolgend aufgeführten **5 Publikationen zu Herzproblemen, 44 Publikationen zu lebensbedrohlichen Gerinnungsstörungen (Thrombosen etc.) und einer Publikation auf mögliche Todesfolgen der COVID-«Impfungen»** wurden die «Impfungen» für Jugendliche im Juni 2021 zugelassen, obwohl bereits damals offenkundig war, dass Jugendliche in keiner Weise von SARS-CoV-2 bedroht waren.[208] Wie «Swissmedic» unter diesen Umständen zu einem positiven «Kosten-Nutzen-Verhältnis» kommen konnte, ist daher in keiner Weise nachvollziehbar.

1.5.1. Herzprobleme (Myokarditis etc.): 5 Publikationen

286 Bis zum **4. Juni 2021** erschienen folgende **5 «peer reviewte»-Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Herzproblemen (Myokarditis, Myopericarditis, Pericarditis, Perimyocarditis, etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- GATTI et al., Influenza Vaccination and Myo-Pericarditis in Patients Receiving Immune Checkpoint, 04.01.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33406694/*

---

208 Hinten N 642 ff.

- CALDERON-COLMENERO et al., Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19, 01.03.2021, *https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-acute-myocarditis-after-administration-bnt162b2-S188558572100133X*
- BOIVIN et al., Premature myocardial infarction or side effect of COVID-19 vaccine, 02.03.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824804/*
- AMMIRATI et al., Temporal relationship between the second dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine and cardiac involvement in a patient with previous SARS-COV-2 infection, 31.03.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721000622*
- MOUCH et al., Myocarditis following COVID-19 mRNA vaccination, 28.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092429/*

1.5.2. Gerinnungsstörungen etc. (Thrombosen, Hirnschläge etc.): 44 Publikationen

287 Bis zum **4. Juni 2021** erschienen **44 «peer reviewte» Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Gerinnungsstörungen inkl. damit einhergehenden Folgen (Thrombosen, Hirnschläge etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- ZUR-WYROZUMSKA, CAd26.COV2-S vaccination may reveal hereditary thrombophilia: massive cerebral venous sinus thrombosis in a young man with normal platelet count, 28.01.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34632750/*
- LORENTE, Idiopathic Ipsilateral External Jugular Vein Thrombophlebitis After Coronavirus Disease (COVID-19) Vaccination, 24.02.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624509/*
- PANOVSKA-STAVRIDIS et al., A rare case of the superior ophthalmic vein thrombosis and thrombocytopenia following ChAdOx1 nCoV-19 vaccination against SARS-CoV-2, 01.03.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8265377/pdf/mjhid-13-1-e2021048.pdf*
- LEE et al., Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination, 09.03.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8014568/*
- MALAYALA et al., Purpuric rash and thrombocytopenia after mRNA-1273 (Modern) COVID-19 vaccine, 25.03.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996471/*
- CARLI et al., Deep venous thrombosis (DVT) occurring shortly after second dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine, 01.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33687691/*
- HELMS et al., Severe and refractory immune thrombocytopenia occurring after SARS-CoV-2 vaccination, 06.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33854395/*

- AGOSTINO et al., A rare case of cerebral venous thrombosis and disseminated intravascular coagulation temporally associated with administration of COVID-19 vaccine, 08.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33917902/*
- FRANCHINI et al., Cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 08.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33878469/*
- GREINACHER et al., Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCov-19, 09.04.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104840?query=recirc_curatedRelated_article*
- WOLF et al., Thrombocytopenia and intracranial venous sinus thrombosis after exposure to the “AstraZeneca COVID-19 vaccine”, 09.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918932/*
- CASTELLI et al., Cerebral venous sinus thrombosis associated with thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 12.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845870/*
- MEHTA et al., Cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: report of two cases in the United Kingdom, 20.04.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088915912100163X*
- HAAKONSEN et al., Deep venous thrombosis more than two weeks after COVID-19 vaccination, 28.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928773/*
- PORRES-AGUILAR et al., COVID-19 vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: an emerging cause of splanchnic vein thrombosis, 30.04.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665268121000557*
- WELSH et al., Thrombocytopenia, including immune thrombocytopenia after receiving COVID-19 mRNA vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 30.04.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21005247*
- BAYAS et al., Bilateral superior ophthalmic vein thrombosis, ischemic stroke and immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 01.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864750/*
- TARAWNEH et al., Immune thrombocytopenia in a 22-year-old post Covid-19 vaccine, 01.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476455/*
- TAJSTRA et al., Acute thrombosis of the coronary tree after vaccination against COVID-19, 03.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936879821003988*
- YOCUM et al., Thrombotic thrombocytopenic purpura after vaccination with Ad26.COV2-S, 04.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980419/*

- Idogun et al., Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenia after COVID-19 vaccine administration, 05.05.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8176657/*
- Pottegård et al., Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway: population-based cohort study, 05.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33952445/*
- Arbeitsgruppe, Diagnostic-therapeutic recommendations of the ad-hoc FACME expert working group on the management of cerebral venous thrombosis related to COVID-19 vaccination, 06.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485321000839*
- Ciccone et al., The importance of recognizing cerebral venous thrombosis following anti-COVID-19 vaccination, 10.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001390/*
- Jamme et al., Fatal cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination, 13.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983464/*
- Jones et al., Limb ischemia and pulmonary artery thrombosis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca): a case of vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia, 14.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33990339/*
- Douxfils et al., Hypothesis behind the very rare cases of thrombosis with thrombocytopenia syndrome after SARS-CoV-2 vaccination, 15.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384821003315*
- Gupta et al., Covid-19 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia: a commentary on an important and practical clinical dilemma, 18.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062021000505*
- Gras-Champel et al., Atypical thrombosis associated with the vaccine VaxZevria® (AstraZeneca): data from the French network of regional pharmacovigilance centers, 19.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34083026/*
- McGonagle et al., Mechanisms of immunothrombosis in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) compared to natural SARS-CoV-2 infection, 19.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000706*
- Althaus et al., Procoagulant antibody-mediated procoagulant platelets in immune thrombotic thrombocytopenia associated with SARS-CoV-2 vaccination, 20.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011137/*
- Pomara et al., Post-mortem findings in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (covid-19), 20.05.2021, *https://haematologica.org/article/view/haematol.2021.279075*
- Graf et al., Immediate high-dose intravenous immunoglobulins followed by direct treatment with thrombin inhibitors is crucial for survival in vaccine-induced immune

thrombotic thrombocytopenia Sars-Covid-19-vector adenoviral VITT with venous thrombosis of the cerebral sinus and portal vein, 22.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34023956/*

- GEERAERTS et al., Vaccine-induced cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia. Oxford- AstraZeneca COVID-19: a missed opportunity for rapid return on experience, 24.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235255682100093X*
- CATTANEO, Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 viral vector vaccines, 25.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521001904*
- DIAS et al., Cerebral venous thrombosis after BNT162b2 mRNA SARS-CoV-2 vaccine, 25.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305721003098*
- LONG et al., Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines, 25.05.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721004381*
- RZYMSKI et al., Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with COVID-19: in search of the underlying mechanism, 27.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34071883/*
- DHOOT et al., Thrombocytopenia and splanchnic thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S successfully treated with transjugular intrahepatic intrahepatic portosystemic shunt and thrombectomy, 31.05.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.26258*
- FUEYO-RODRIGUEZ et al., Secondary immune thrombocytopenia putatively attributable to COVID-19 vaccination, 31.05.2021, *https://casereports.bmj.com/content/14/5/e242220.abstract*
- GANZEL et al., Immune thrombocytopenia following Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine, 01.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34155844/*
- GRESELE et al., Management of cerebral and splanchnic vein thrombosis associated with thrombocytopenia in subjects previously vaccinated with Vaxzevria (AstraZeneca): position statement of the Italian Society for the Study of Hemostasis and Thrombosis (SISET), 01.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33871350/*
- JEFFREY et al., Idiopathic thrombocytopenic purpura and the Modern Covid-19 vaccine, 01.06.2021, *https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(21)00122-0/fulltext*
- SCHULTZ et al., Thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 03.06.2021,

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104882?query=recirc_curatedRelated_article

1.5.3. Todesfälle: 1 Publikation

288 Bis zum **4. Juni 2021** erschien folgende **«peer reviewte» Publikation,** in welcher ein Zusammenhang zwischen dem Tod von zwei geimpften Personen und den COVID-«Impfungen» post mortem nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- POMARA et al., COVID-19 Vaccine and Death: Causality Algorithm According to the WHO Eligibility Diagnosis, 26.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073536/*

289 Die Autoren forderten, dass bei allen Todesfällen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer COVID-«Impfung» auftreten, eine Autopsie als obligatorisch erklärt werden müsse.

2. Wirksamkeit

2.1. Wirksamkeitsangaben bei Erwachsenen

290 Bei den offiziellen Wirksamkeitsangaben betreffend erwachsene Personen hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt – soweit ersichtlich – nichts geändert.

2.2. Wirksamkeitsangaben bei Jugendlichen

2.2.1. Minimaler therapeutischer Nutzen bei blossen Bagatellereignissen

291 Für Comirnaty® wurde bei Jugendlichen von 12-15 Jahren für «bestätigte COVID-Erkrankungen» eine **100%ige Wirksamkeit** verkündet, weil bei **16** von 1129 Probanden (Prävalenz 1.4%) in der Placebogruppe vs. bei **0** von 1131 Probanden in der Impfgruppe eine «bestätigte COVID-Erkrankung» aufgetreten war.[209]

292 Für Spikevax® wurde bei Jugendlichen ab 12 Jahren in der Fachinformation eine **Wirksamkeit von 93.3–100%** für «bestätigte COVID-Erkrankungen» proklamiert, weil je nach einer der beiden verwendeten Falldefinitionen bei den 3732 Studienteilnehmern **4 versus 0** bzw. **7 versus 1** «bestätigte COVID-Erkrankungen» in der Placebo- versus

[209] FRENCK et al., «Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents», 27.05.2021, *https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2107456?articleTools=*; Internet archive, FN 140.

Impfstoffgruppe rapportiert wurden.[210] In der Originalpublikation wurden für Spikevax® 4 Fälle von «bestätigten COVID-Erkrankungen» in der Placebogruppe und kein Fall in der Impfstoffgruppe rapportiert.[211]

293 Die proklamierte Wirksamkeit von 93.3–100% beruht abermals auf der Verwendung der relativen Risikoreduktion, die ohne Kontextinformationen nicht aussagekräftig ist (dazu vorne N 196 ff.). Kommt hinzu, dass diese angeblich hohe Wirksamkeit ausschliesslich auf nicht schwere COVID-Fälle bezogen ist.

294 Da schwere COVID-Verläufe bei Kindern extrem selten sind (siehe N 688 f.), war die Teilnehmerzahl in dieser Studie zu klein («underpowered»), um diesbezüglich eine Aussage herleiten zu können.

2.2.2. Keinerlei Daten für «schwere» Erkrankungen

295 Weder in der Zulassungsstudie von Comirnaty® noch von Spikevax® werden für Jugendliche ab 12 Jahren «schwere COVID-Erkrankungen» vermeldet.[212]

296 Der Nachweis, dass die «Impfung» Jugendliche vor einer lebensbedrohlichen oder invalidisierenden Krankheit schützen könnte, wird so ebenfalls nicht erbracht, da gar keine entsprechenden Ereignisse auftraten, doch ist dies zwingende Voraussetzung für eine befristete Zulassung (vorn N 189 ff.).

297 Obwohl also in den Zulassungsstudien kein einziger Jugendlicher schwer an Corona erkrankt war, wurde eine befristete Zulassung zum «Schutz» vor Corona erteilt, den Jugendliche offensichtlich gar nicht benötigen. Mangels entsprechender Daten kann denn auch nicht ansatzweise der Nachweis erbracht werden, dass die «Impfung» überhaupt das Potential hätte, Jugendliche wirksam vor einer schweren (lebensbedrohlichen oder invalidisierenden) Krankheit zu schützen.

2.3. Infektion mit SARS-CoV-2 schützt verlässlich vor Re-Infektion

298 Bereits zum Zeitpunkt der Zulassung der COVID-«Impfungen» für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren zeichnete sich ab, dass eine durchgemachte Erkrankung zuverlässig vor

---

210 Internet archive, «Fachinformation Spikevax», Stand 09.2021, *https://web.archive.org/web/20211022194442/https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68267*.

211 ALI et al., «Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents», 09.12.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2109522*.

212 FRENCK et al., «Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents», 27.05.2021, *https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2107456?articleTools=*. Siehe zudem Quelle(n) in ALI et al., FN 211.

einer erneuten Infektion schützt: In einer gross angelegten amerikanischen Studie mit über 150'000 Patienten, veröffentlicht am 15. März 2021, wurde gezeigt, dass eine durchgemachte Erkrankung mit einer «Wirksamkeit» von 84.5% vor einer erneuten symptomatischen Erkrankung schützte.[213] Diese frühe Studie reiht sich ein in insgesamt **mindestens 37 Publikationen und Pre-Print-Publikationen,** welche bis zu diesem Zeitpunkt ebenfalls zum Ergebnis kamen, dass eine durchgemachte Erkrankung eine breite und langanhaltende Immunantwort erzeugt bzw. mindestens gleich gut oder gar besser vor einer COVID-Erkrankung schützt als die «Impfung» (für eine Fortsetzung der Liste siehe hinten N 478):

- JUNO et al., Humoral and circulating follicular helper T cell responses in recovered patients with COVID-19, 13.07.2020, *https://www.nature.com/articles/s41591-020-0995-0*
- LE BERT et al., SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls, 15.07.2020, *https://www.nature.com/articles/s41586-020-2550-z*
- HOULIHAN et al., Pandemic peak SARS-CoV-2 infection and seroconversion rates in London frontline health-care workers, 25.07.2020, *https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31484-7/fulltext*
- COLLINS, Immune T Cells May Offer Lasting Protection Against COVID-19, 28.07.2020, *https://directorsblog.nih.gov/2020/07/28/immune-t-cells-may-offer-lasting-protection-against-covid-19/*
- SEKINE et al., Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19, 01.10.2020, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979941/*
- SAINI et al., SARS-CoV-2 genome-wide mapping of CD8 T cell recognition reveals strong immunodominance and substantial CD8 T cell activation in COVID-19 patients, 19.10.2020, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.10.19.344911v1?rss=1%22*
- WAJNBERG et al., Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months, 28.10.2020, *https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd7728*
- GUDBJARTSSON et al., Humoral Immune Response to SARS-CoV-2 in Iceland, 29.10.2020, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2026116*
- ZUO et al., Robust SARS-CoV-2-specific T-cell immunity is maintained at 6 months following primary infection, 02.11.2020, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.11.01.362319v1*

---

[213] SHEEHAN et al., «Reinfection Rates among Patients who Previously Tested Positive for COVID-19: a Retrospective Cohort Study», 15.03.2021, *https://academic.oup.com/cid/article/73/10/1882/6170939?login=false*.

- RIPPERGER et al., Orthogonal SARS-CoV-2 serological assays enable surveillance of Low-prevalence communities and reveal durable humoral immunity, 17.11.2020, *https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613(20)30445-3*
- LUMLEY et al., Antibodies to SARS-CoV-2 are associated with protection against reinfection, 19.11.2020, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.18.20234369v1.full.pdf+html*
- HARTLEY et al., Rapid generation of durable B cell memory to SARS-CoV-2 spike and nucleocapsid proteins in COVID-19 and convalescence, 22.12.2020, *https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abf8891*
- LUMLEY et al., Antibody Status and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers, 23.12.2020, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034545?s=09*
- GAEBLER et al., Evolution of antibody immunity to SARS-CoV-2, 04.01.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.11.03.367391v2*
- DAN et al., Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection, 06.01.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7919858/pdf/abf4063.pdf*
- RODDA et al., Functional SARS-CoV-2-specific immune memory persists after mild COVID-19, 07.01.2021, *https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31565-8?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420315658%3Fshowall%3Dtrue*
- DAN et al., Lasting immunity found after recovery from COVID-19, 26.01.2021, *https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/lasting-immunity-found-after-recovery-covid-19#main-content*
- PILZ et al., SARS-CoV-2 re-infection risk in Austria, 13.02.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13520*
- LE BERT et al., Highly functional virus-specific cellular immune response in asymptomatic SARS-CoV-2 infection, 01.03.2021, *https://rupress.org/jem/article/218/5/e20202617/211835/Highly-functional-virus-specific-cellular-immune*
- TARKE et al., Negligible impact of SARS-CoV-2 variants on CD4+ and CD8+ T cell reactivity in COVID-19 exposed donors and vaccinees, 01.03.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.02.27.433180v1*
- PEREZ et al., A 1 to 1000 SARS-CoV-2 reinfection proportion in members of a large healthcare provider in Israel: a preliminary report, 08.03.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.06.21253051v1*

- ANSARI et al., Immune Memory in Mild COVID-19 Patients and Unexposed Donors Reveals Persistent T Cell Responses After SARS-CoV-2 Infection, 11.03.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7991090/pdf/fimmu-12-636768.pdf*
- SHEEHAN et al., Reinfection Rates Among Patients Who Previously Tested Positive for Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study, 15.03.2021, *https://academic.oup.com/cid/article/73/10/1882/6170939?login=false*
- WANG et al., Exposure to SARS-CoV-2 generates T-cell memory in the absence of a detectable viral infection, 19.03.2021, *https://www.nature.com/articles/s41467-021-22036-z*
- CAMARA et al., Differential effects of the second SARS-CoV-2 mRNA vaccine dose on T cell immunity in naïve and COVID-19 recovered individuals, 22.03.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.03.22.436441v1*
- REDD et al., CD8+ T-Cell Responses in COVID-19 Convalescent Individuals Target Conserved Epitopes From Multiple Prominent SARS-CoV-2 Circulating Variants, 30.03.2021, *https://academic.oup.com/ofid/article/8/7/ofab143/6189113?login=false*
- HANRATH et al., Prior SARS-CoV-2 infection is associated with protection against symptomatic reinfection, 01.04.2021, *https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(20)30781-7/fulltext*
- JANE Hall et al., SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with anti-body-negative health-care workers in England: a large, multicentre prospective cohort study, 17.04.2021, *https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00675-9/fulltext*
- GOLDBERG et al., Protection of previous SARS-CoV-2 infection is similar to that of BNT162b2 vaccine protection: A three-month nationwide experience from Israel, 24.04.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.20.21255670v1.full.pdf+html*
- MA et al., Protracted yet coordinated differentiation of long-lived SARS-CoV-2-specific CD8+ T cells during COVID-19 convalescence, 29.04.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.04.28.441880v1*
- ABU-RADDAD, SARS-CoV-2 antibody-positivity protects against reinfection for at least seven months with 95% efficacy, 01.05.2021, *https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00141-3/fulltext#%20*
- NEIDLEMAN et al., mRNA vaccine-induced SARS-CoV-2-specific T cells recognize B.I.I.7 and B.I.35I variants but differ in longevity and homing properties depending on prior infection status, 12.05.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.05.12.443888v1*

- MURCHU et al., Quantifying the risk of SARS-CoV-2 reinfection over time, 18.05.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8209951/pdf/RMV-9999-e2260.pdf*
- ALFEGO et al., "A population-based analysis of the longevity of SARS-CoV-2 antibody
- seropositivity in the United States", 24.05.2021, *https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370(21)00182-6*
- TURNER et al., SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans, 24.05.2021, *https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4*
- CALLAWAY, Had COVID? You'll probably make antibodies for a lifetime, 26.05.2021, *https://www.nature.com/articles/d41586-021-01442-9*
- VITALE et al., Assessment of SARS-CoV-2 Reinfection 1 Year After Primary Infection in a Population in Lombardy, Italy, 28.05.2021, *https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2780557*

III. Wissensstand Ende 2021 (Zulassungen «Booster» und Kinder)

1. Risiken

1.1. Toxische Wirkung des Spike-Proteins

299 Bereits Ende 2020 war anhand der präklinischen Pharmakokinetikstudien ausgewiesen, dass die in den mRNA-«Impfstoffen» enthaltenen Lipidnanopartikel (LNP) – entgegen offizieller Verlautbarungen – nicht am Injektionsort verblieben, sondern sich im ganzen Körper verteilten und in diversen Organen akkumulierten (vorn N 146 ff.). Doch nicht nur die LNP wurden in völlig ungenügender Weise auf ihre Toxizität hin untersucht. Das Gleiche gilt für die Wirkung des Spike-Proteins auf den menschlichen Körper:

300 Nach Verabreichung der COVID-«Impfung» wird im Zytosol der Zelle basierend auf dem «Bauplan» der mRNA das Spike-Protein produziert, welches anschliessend an der Zelloberfläche die Immunantwort auslöst.[214] Wie hoch die effektiv produzierte Menge an Spike-Proteinen im Körper der einzelnen «Geimpften» ausfällt, ist – soweit ersichtlich – völlig unbekannt: Daten hierzu fehlen bis heute gänzlich, da keine diesbezüglichen Pharmakokinetikstudien durchgeführt wurden (vorn N 138 ff.). Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die nach einer «Impfung» produzierte Menge an Spike-Proteinen einer hohen interindividuellen Variabilität unterliegt, woraus eine sehr unterschiedliche Anfälligkeit für Nebenwirkungen in diesem Zusammenhang resultieren dürfte. Dies ist angesichts der nachfolgend beschriebenen toxischen Wirkung des Spike-Proteins ein unhaltbarer Zustand:

---

214 SCNAT, FN 17.

301 Schwere COVID-Erkrankungen gehen häufig mit einer **pathologischen Aktivierung der Blutgerinnung** einher.[215] Die **zentrale Rolle des Spike-Proteins bei dieser Komplikation** war bereits Ende 2020 anerkannt.[216] Es existieren mindestens zwei verschiedene Mechanismen zur Auslösung der Blutgerinnung[217]:

302 1. Wenn das Spike-Protein in vaskulären Endothelzellen – der innersten Zellschicht der Blutgefässe – exprimiert wird, kann eine Immunreaktion auf das Spike-Protein diese Zellen zerstören. Die daraus resultierende Gefässläsion aktiviert die Blutgerinnung. An dieser Immunreaktion können zytotoxische T-Zellen, aber auch Antikörper, die das Komplementsystem auslösen, und andere Immuneffektormechanismen beteiligt sein.

303 2.Spike-Protein-Moleküle können gespalten werden, und eines der Produkte (das S1-Fragment) kann aus der Zelle freigesetzt werden. S1-Fragmente, die im Blutkreislauf gebildet werden oder in diesen gelangen, nachdem sie an anderer Stelle im Körper synthetisiert wurden, können direkt an Blutplättchen (Thromboyzyten) binden und diese aktivieren. Dadurch wird wiederum die Blutgerinnung ausgelöst.

304 Der zweite Mechanismus ist von Bedeutung, weil er keine Immunreaktion erfordert und daher auch bei Personen, die noch keine Immunität besitzen, sofort ausgelöst werden kann. Der erste Mechanismus ist am wirksamsten bei Personen, die bereits eine Immunität gegen das Spike-Protein besitzen, entweder aufgrund einer Infektion mit dem Virus oder einer früheren «Impfung». Es gilt zu beachten, dass der zugrunde liegende Mechanismus der Zellschädigung auch in anderen Geweben funktioniert – **jede Zelle im Körper, die das Spike-Protein exprimiert, wird dadurch zu einem Ziel für das Immunsystem.**

305 **Toxische Effekte des Spike-Proteins sind sowohl bei COVID-Erkrankten, als auch bei «Geimpften» dokumentiert worden.**[218] Entsprechend ist das Wissen darum, wie lange und wo sich diese durch die mRNA-«Impfungen» produzierten, toxischen Spike-Protein-Moleküle im menschlichen Körper aufhalten, zentral zur Beurteilung der Sicherheit des Arzneimittels. Dabei zeigte sich anhand einer per April 2021 im *Circulation Research* veröffentlichten Studie, dass das **isolierte Spike-Protein** (in der Studie wurden die Effekte bei Hamstern mit einem Pseudovirus untersucht, das von Spike-Proteinen umhüllt war)

---

215 CAMPBELL et al., «Comparison of the coagulopathies associated with COVID-19 and sepsis», 18.05.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34027292/*.

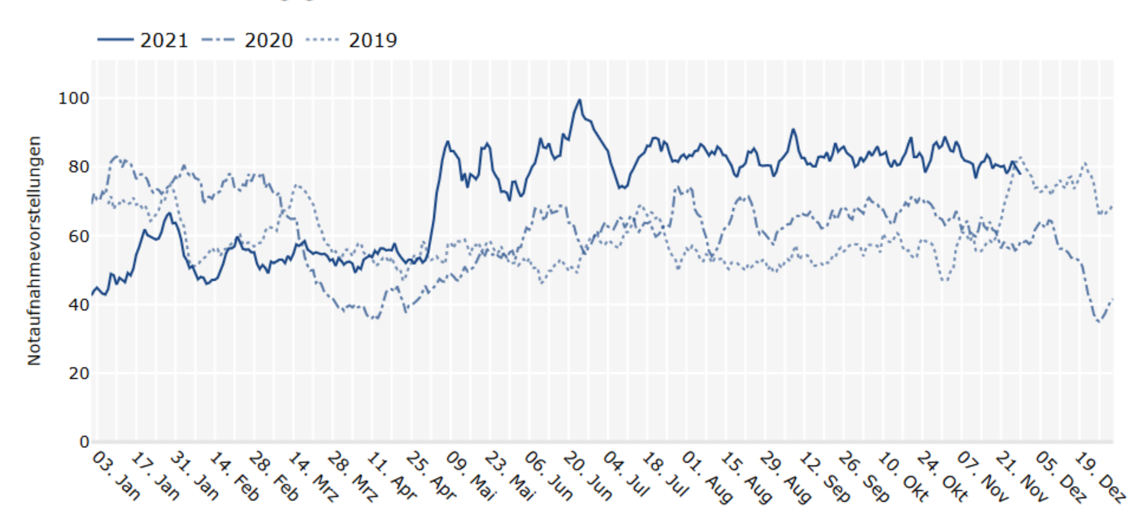
216 FRYDMAN et al., «The Potential Role of Coagulation Factor Xa in the Pathophysiology of COVID-19:A Role for Anticoagulants as Multimodal Therapeutic Agents», 07.10.2020, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7541169/*.

217 PALMER et al., FN 46.

218 LEVY, «Canceling the spike protein», 18.10.2021, *http://orthomolecular.org/resources/omns/v17n24.shtml*.

Gefässschäden verursachen, die wiederum zu kardiovaskulären Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall etc. führen können.[219]

306 Diese Ergebnisse deuteten schon damals unmissverständlich darauf hin, dass zwischen den mRNA-«Impfungen» und Herzproblemen wohl ein ursächlicher Zusammenhang besteht, welcher sich in Realität auch offen manifestierte: So wurde etwa laut «Notaufnahme-Situationsreport»[220] vom Robert Koch Institut (RKI) **ab Frühling 2021 – also mit Beginn der «Impfkampagne» – ein signifikanter und anhaltender Anstieg** von Patienten beobachtet, die infolge eines **kardiologischen Krankheitsgeschehens** eine Notfallstation am Spital aufsuchen mussten:



307 Sowohl bei Kindern und Jugendlichen, als auch bei Erwachsenen, zählen kardiovaskuläre Ereignisse wie akute Herzerkrankungen/Herzinfarkt, Blutung/Störung der Blutgerinnung und Thrombosen/Embolien und Schlaganfälle laut Daten der *EMA* zu den häufigen schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» (Beilage **9**, S. 224 f.).

BO: Beilage **9:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 01.04.2022

---

219 Salk, «The novel coronavirus' spike protein plays additional key role in illness», 30.04.2021, *https://www.salk.edu/news-release/the-novel-coronavirus-spike-protein-plays-additional-key-role-in-illness/?s=09*; LEI et al., «SARS-CoV-2 spike protein impairs endothelial function via downregulation of ACE 2», 31.03.2021, *https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902*.

220 RKI, «Notaufnahme-Situationsreport», 01.12.2021, *https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/9043/SitRep_de_2021-12-01.pdf?sequence=1&isAllowed=y.*

308 Dabei ist – entgegen den offiziellen beschönigenden Verlautbarungen – keinesfalls von einer nur «minimalen systemischen Exposition»[221] der mRNA-«Impfstoffe» an der Einstichstelle im menschlichen Körper auszugehen: Vielmehr konnte das durch die mRNA-«Impfstoffe» produzierte Spike-Protein im Plasma nachgewiesen werden.[222] Und **die Exposition im gesamten Körper ist langanhaltend:** Die Ergebnisse einer im Oktober 2021 im *Journal of Immunology* publizierten Untersuchung zeigten, dass das durch Comirnaty® produzierten Spike-Proteine **über 4 Monate** in Exosomen im Plasma von Geimpften nachgewiesen werden konnten.[223] Die anhaltende Expression des toxischen Spike-Proteins – weitere Studien wiesen diese bis zu 8 Wochen nach der «Impfung» nach – erhöht offensichtlich das Potential möglicher Nebenwirkungen.[224]

309 In Anbetracht dieser Datenlage erscheint es unverständlich, wieso sich Impfstoffhersteller unisono dazu entschieden haben, einen mRNA-«Impfstoff» zu entwickeln, mit welchem der Bauplan für das toxische Spike-Protein, ohne seine Toxizität vorher z.B. mittels Mutagenese abzumildern, und nicht der Bauplan für eines der anderen geeigneten – unbedenklicheren – Oberflächenproteine, injiziert wird.[225]

1.2. Comirnaty®: Aufgedeckte Fälschungen in den Zulassungsstudien

310 Gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. a AMZV (= 2. Abschnitt «Humanarzneimittel») muss die Zulassungs-Dokumentation über die klinische Prüfung belegen, «dass die Untersuchungen am Menschen nach den anerkannten Regeln der Guten Praxis der klinischen Versuche durchgeführt worden sind», also nach den Regeln der *«Good Clinical Practice (GCP)».*

311 Eine Publikation vom 2. November 2021 im renommierten *British Medical Journal* zeigt auf, dass die Phase 3-Studie des Pfizer/BioNTech-Impfstoffes an amerikanischen Studienzentren, die vom Auftragsforschungsinstitut *Ventavia* betreut wurden, nicht *GCP*-konform durchgeführt wurde. Es wird u.a. von **Protokollabweichungen, Fälschung von**

---

221 Dazu hinten N 793 ff.

222 OGATA et al., «Circulating severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccine antigen detected in the plasma of mRNA-1273 vaccine recipients», 20.05.2021, *https://academic.oup.com/cid/article/74/4/715/6279075?login=false.*

223 BANSAL et al., «Cutting Edge:Circulating Exosomes with COVID spike protein are induced by BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) Vaccination prior to development of antibodies: a novel mechanism for immune activation by mRNA vaccines», 15.10.2021, *https://www.jimmunol.org/content/early/2021/10/11/jimmunol.2100637*; Doctors for COVID ethics, «Long-term persistence of the SARS-CoV-2 spike protein:evidence and implications», 21.12.2021, *https://doctors4covidethics.org/long-term-persistence-of-the-sars-cov-2-spike-protein-evidence-and-implications-2/*.

224 RÖLTGEN et al., «Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination», 25.01.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35148837/*.

225 Pharmazeutische Zeitung, «Das macht SARS-CoV-2 aus», 03.06.2020, *https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-macht-sars-cov-2-aus-117916/*.

Daten, schlechtem Labormanagement, inkorrekter Lagerung der Impfstoff-Vials und nicht geschultem Studienpersonal berichtet. Überdies wurden Daten von Studienteilnehmern vorzeitig entblindet, was zu einer Verfälschung der Ergebnisse führt und diese gänzlich unbrauchbar macht. Die Vorkommnisse und aufgedeckten Mängel werden insgesamt als signifikant eingestuft.[226]

312 *Basierend auf dieser Veröffentlichung muss nicht nur die Datenintegrität der Zulassungsstudie von Pfizer/BioNTech selbst, sondern auch die Integrität der Zulassung per se hinterfragt werden. Die Zulassungsstudien von Comirnaty® wurden nachweislich nicht nach den Regeln der GCP durchgeführt, wie dies u.a. in Art. 5 AMZV gefordert wird. Üblicherweise würden solche Erkenntnisse Zulassungsinhaber und Zulassungsbehörden gezwungenermassen zu ausgedehnten Untersuchungen veranlassen und einen Rückruf des betroffenen Arzneimittels bis zum Vorliegen der Untersuchungsergebnisse bewirken. Swissmedic hat trotz Kenntnis dieser Publikation bis dato nicht reagiert und hält unverändert am positiven Nutzen-Risikoverhältnis fest.*

BO: Beilage **10:** E-Mail-Antwort bzgl. gravierende Mängel beim Durchführen der Phase 3-Studien von Pfizer mRNA-Impfstoffen: Konsequenzen?, Swissmedic, 04.11.2021

1.3. Comirnaty®: Gefälschte Todesfallmeldungen, mehr Todesfälle in Impfgruppe

313 Im 6-Monatsbericht («Data Cut-Off» Mitte März 2021), von welchem am 28. Juli 2021 eine erste Preprint-Version online verfügbar war[227] und welche am 4. November 2021 offiziell im *New England Journal of Medicine* (*NEJM*) publiziert wurde[228], rapportierte Pfizer 15 Todesfälle in der Impfstoff- versus 14 Todesfälle in der Placebogruppe. Es handelte sich hierbei nicht um «COVID-Todesfälle», sondern um «Todesfälle jeglicher Ursache» («All cause mortality»). Hervorzuheben sei, dass in der Impfstoffgruppe ein Studienteilnehmer an einer COVID-Pneumonie verstarb. Das *FDA*-Dokument «*Summary Basis for Regulatory Actions*» vom 8. November 2021 belegte (S.23), dass die von Pfizer rapportierten Todesfallzahlen nicht korrekt waren: Anstatt 14 Todesfälle wurden 17 Todesfälle in der Placebogruppe verzeichnet, und in der Impfstoffgruppe waren es 21 anstatt 15:[229]

---

226 THACKER, «Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizers's vaccine trial», 02.11.2021, *https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635*.

227 THOMAS et al., «Six Month Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine», Preprint vom 28.07.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1*.

228 THOMAS et al., «Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months», 04.11.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2110345*, insbesondere «Supplementary appendix», Table S4.

229 FDA, «Summary Basis for Regulatory Action», 08.11.2021, *https://www.fda.gov/media/151733/download*.

> From Dose 1 through the March 13, 2021 data cutoff date, there were a total of 38 deaths, 21 in the COMIRNATY group and 17 in the placebo group. None of the deaths were considered related to vaccination.

314 Der «Fehler» weckt wenig Vertrauen in die Daten und deren Qualität und lässt den Hinweis, dass die Todesfälle nichts mit der «Impfung» zu tun haben, wenig glaubwürdig erscheinen.[230] Die Fallzahlen der Todesfälle waren zwar klein, lassen aber dennoch aufhorchen, da «Todesfälle jeglicher Ursache» (All cause mortality) seit jeher als sensibler Marker für die Sicherheit eines Arzneimittels betrachtet wird.

315 Anhand einer fundierten Analyse der *Canadian COVID Care Alliance* («*CCCA*») ergab sich zudem Folgendes:[231] Zu den in den 6-Monatsdaten offiziell rapportierten 15 (Impfstoffgruppe) resp. 14 Todesfällen (Placebogruppe) gesellten sich 5 weitere Todesfälle, welche ebenfalls im 6-Monatsbericht versteckt rapportiert wurden: «*...3 participants in the BNT162b2 group and 2 in the original placebo group who received BNT162b2 after unblinding died*.»[232] **Insgesamt verstarben somit offiziell 23 Studienteilnehmer, welche den Impfstoff und 14 Studienteilnehmer, welche Placebo erhalten hatten.** Auch diese Zahlen wichen immer noch von denjenigen des FDA-Dokuments «*Summary Basis for Regulatory Actions*»[233] ab, was einmal mehr auf ein unsauberes Arbeiten der Zulassungsinhaberin hindeutete.

316 Neun der «Impfstoff»-assoziierten Todesfälle und fünf der Todesfälle in der Placebogruppe wurden auf kardiovaskuläre Ereignisse zurückgeführt.

317 Swissmedic wurde diese Analyse, welche das positive Nutzen-Risikoprofil von Comirnaty® eindeutig und fundiert in Frage stellte, am 04.01.2022 mit Bitte um eine Stellungnahme zugestellt. In einem Antwortschreiben vom 01.02.2022 ging Swissmedic in keiner Weise auf die Daten ein, sondern konkludierte zusammenhangslos: «*Wie Sie feststellen können, ist die Beurteilung, Einschätzung und letztlich Entscheidung über die Zulassung und den Life Cycle von Arzneimitteln im Allgemeinen und von Covid-19 relevanten Arzneimitteln im Speziellen bei Swissmedic in guten und den heilmittelrechtlich einzig legitimierten Händen, um die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität dieser Heilmittel für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.*»

BO: Beilage **11:** E-Mail bzgl. Analyse der Pfizer-Studie durch die Canadian Covid Care

---

230 BERENSON, «More people died in the key clinical trial for Pfizer's Covid vaccine than the company publicly reported», 16.11.2021, *https://alexberenson.substack.com/p/more-people-died-in-the-key-clinical?r=73uzx&utm_campaign=post&utm_medium=web&utm_source=&s=r.*

231 Canadian Covid Care Alliance, FN 133.

232 THOMAS et al., «Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months», 04.11.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2110345*.

233 FDA, FN 229.

Alliance, EpiLunar Partners AG, 04.01.2022

BO: Beilage **12:** E-Mail-Antwort bzgl. Analyse der Pfizer-Studie durch die Canadian Covid Care Alliance, Swissmedic, 01.02.2022

1.4. Comirnaty®: Mehr (schwerwiegende) Ereignisse in Impfgruppe

318 In der fundierten Analyse der *Canadian COVID Care Alliance* («*CCCA*»)[234] wurde überdies festgestellt, dass die **6-Monatsdaten** der Zulassungsstudien des COVID-«Impfstoffes» von Pfizer/BioNTech, deutlich **zeigten, dass die «Impfung» mit keinem Nutzen, sondern mit grossem Schaden verbunden ist**: In der Impfstoffgruppe traten 5241, in der Placebogruppe 1311 unerwünschte Ereignisse auf, für welche ein Zusammenhang mit der Studienmedikation hergestellt wurde («related»). Für schwere unerwünschte Ereignisse lagen die Fallzahlen bei 262 (Impfstoffgruppe) vs. 150 (Placebogruppe).

319 In der **Impfstoffgruppe** traten demnach als Folge der Medikation **vier Mal mehr unerwünschte Ereignisse und knapp zwei Mal mehr schwere unerwünschte Ereignisse** auf. Auch dies ein deutliches Warnsignal, was die Sicherheit der mRNA-«Impfstoffe» anbelangt.

1.5. Comirnaty®: Alarmierender Zwischenbericht («PSUR»)

320 **Swissmedic forderte Pfizer** (Beilage **2**, S. 8) **und Moderna** (Beilage **3**, S. 9) **in den Zulassungsschreiben** u.a. explizit **dazu auf**, spätestens 60 Tage nach Erteilung der befristeten Zulassung eine Zusammenfassung des *Risk Management Plans* einzureichen, Sicherheitssignale mit höchster Priorität zu beobachten, diese monatlich zu rapportieren und **alle *Periodic Safety Update reports*** («*PSUR*»), **welche der EMA eingereicht werden**, Swissmedic ebenfalls **vorzulegen**.

PSUR Nr. 1 von Comirnaty® fasste die Erkenntnisse und Daten zur Sicherheit des «Impfstoffes» über die Periode vom 19. Dezember 2020 bis 18. Juni 2021 zusammen.

BO: Beilage **8:** Periodic Safety Update Report #1 for COVID-19-mRNA-vaccine BNT162b2, 19.08.2021

Der Report wurde von Pfizer am 19. August 2021 finalisiert. Es ist davon auszugehen, dass das Dokument unmittelbar danach auch Swissmedic zur Begutachtung vorgelegt wurde, da dies von den Behörden explizit so verlangt worden war.

[234] Canadian Covid Care Alliance, FN 133.

1.5.1. Übermässig viele Todesfälle

321 Für die Beobachtungsperiode wurden 702 Fallberichte («Case reports») von unerwünschten Ereignissen aus klinischen Studien und 327'827 Fallberichte von unerwünschten Ereignissen aus der Postmarketingphase aufgeführt. Alle 702 Ereignisse (100%), die in klinischen Studien auftraten und 100’808/327'827 der Ereignisse (30.8%) aus der Postmarketingphase wurden als schwerwiegend («serious») eingestuft. **46 Fälle** (**6.6%**) **aus den klinischen Studien und 5069 Fälle (1.5%) aus der Postmarketingphase endeten tödlich** (S.31):

Table 5. Selected Case Characteristics - All Cases Received during the Reporting Interval

Characteristics		All No. of Cases	CT a,b No. of Cases	PM No. of Cases
No. of Cases		327,827	702	327,125
Gender	Female	233,948	329	233,619
	Male	75,340	371	74,969
	Unknown/No Data	18539	2	18,537
Case Seriousness	Serious	100,808	702	100,106
	Non-serious	227,019	0	227,019
Case Outcome	Resolved/Resolving	172,162	540	171,622
	Resolved with sequelae	3319	41	3278
	Not resolved	76,960	72	76,888
	Fatal	5115	46	5069
	Unknown	70,271	3	70,268

a. BioNTech is the Sponsor of all Clinical Trials; for the following Clinical Trials (C4591001, C4591005, C4591015, C4591017, C4591020), Pfizer acts as lead development party and for the Clinical Trials (BNT162-03, BNT162-06), BioNTech Third Party act as lead development party.
b. Includes 12 cases from BioNTech and Fosun sponsored Interventional Studies.

322 Im Dokument wurden im Zusammenhang mit Comirnaty® insbesondere die nachfolgend präsentierten Sicherheitssignale sichtbar:

1.5.2. Ältere Vorerkrankte besonders gefährdet – abermals fehlende Daten

323 Am **14. Januar 2021** wurde ein Bericht über **23 Todesfälle nach der COVID-«Impfung» bei älteren gebrechlichen norwegischen Patienten** veröffentlicht, der rasch internationales Interesse hervorrief. Zu diesem Zeitpunkt waren in Norwegen 43’740 Menschen gegen COVID-19 geimpft worden, ein grosser Teil davon waren Bewohner von Pflegeheimen. Die norwegische Arzneimittelbehörde berichtete, dass häufige unerwünschte Wirkungen des Impfstoffs, wie Fieber, Übelkeit und Durchfall zu den tödlichen Folgen bei einigen dieser Menschen beigetragen haben könnten.[235]

---

[235] DSRU, «Deaths following COVID-19 vaccination in frail and elderly people in Norway: A Living Pharmacovigilance Evidence Review by the DSRU», 10.02.2021,

324 Laut *PSUR* Nr.1 (S.3) führten diese Vorkommnisse dazu, dass die **norwegische Zulassungsbehörde ihre Impfempfehlungen aktualisierte** und darauf hinwies, dass **bei der Impfung gebrechlicher älterer Menschen Vorsicht geboten sei und von Fall zu Fall entschieden werden sollte**:

> **On 15 January 2021, following fatal events involving elderly patients vaccinated with BNT162b2 in Norway, the Norwegian Agency updated their guidance for vaccination, advising that caution and case-by-case judgement should be used when vaccinating frail, elderly subjects.**

325 In der Schweizer Fachinformation von Comirnaty® war bis dato kein entsprechender Warnhinweis zu dieser Thematik vorzufinden.[236]

326 Bemerkenswert ist, dass die **Datenlage für ältere und gebrechliche Menschen von Anfang an mangelhaft** war: Während davon ausgegangen wurde, dass 85% der Menschen, für die COVID-19 eine ernsthafte Bedrohung darstellen könnte, über 75 Jahre alt waren, waren in der Zulassungsstudie von Comirnaty® lediglich 804 (4.4%) der Studienteilnehmer in der Impfstoffgruppe ≥ 75 Jahre. Obwohl 95% aller Menschen, die an COVID verstarben mindestens eine, im Durchschnitt vier Begleiterkrankungen hatten, wiesen nur 21% der Studienteilnehmer eine Begleiterkrankung auf.[237] Comirnaty® wurde in den Zulassungsstudien somit bei einer deutlich gesünderen und nicht repräsentativen Population untersucht. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen wurde dieser Punkt von Swissmedic nirgends moniert.

327 Swissmedic gibt selbst keine Impfempfehlungen ab und verweist in ihrem *FAQ* auf die Impfempfehlungen des BAG. Dort wurde das Impfen von Personen über 75 Jahren und Personen mit chronischen Krankheiten («Zielgruppe 1») von Anfang an (und immer noch) prioritär empfohlen.[238] Dies, obwohl die **Anwendung von Comirnaty®** in *PSUR* Nr. 1 (S. 5) **bei gebrechlichen Patienten mit Begleiterkrankungen (kardiovaskuläre oder neurologischen Erkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung [COPD]) als «missing information» klassifiziert** wurde. Trotz Kenntnis dieser Information unternahm Swissmedic nichts.

---

https://www.dsru.org/deaths-following-covid-19-vaccination-in-frail-and-elderly-people-in-norway/.

236 Swissmedicinfo, FN 48.

237 Canadian Covid Care Alliance, FN 133.

238 Swissmedic, FN 201; BAG/EKIF, «Impfempfehlung für mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19», Stand 23.05.2022, *https://web.archive.org/web/20210414185954if_/https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/impfempfehlung-covid-19.pdf.download.pdf/Impfempfehlung%20f%C3%BCr%20mRNA-Impfstoffe%20gegen%20Covid-19.pdf*.

BO: Beilage **8:** Periodic Safety Update Report #1 for COVID-19-mRNA-vaccine BNT162b2, 19.08.2021

1.5.3. Nebenwirkungen voreilig als «Signale, die keine Risiken darstellen», eingestuft

328 Diverse Ereignisse, welche im Zusammenhang mit der Verabreichung von Comirnaty® als Verdachtsfälle von Nebenwirkungen rapportiert worden waren, wurden in *PSUR Nr. 1* als «Signale, die keine Risiken darstellen» («Signals to be determined not to be risks») klassifiziert (S.4):

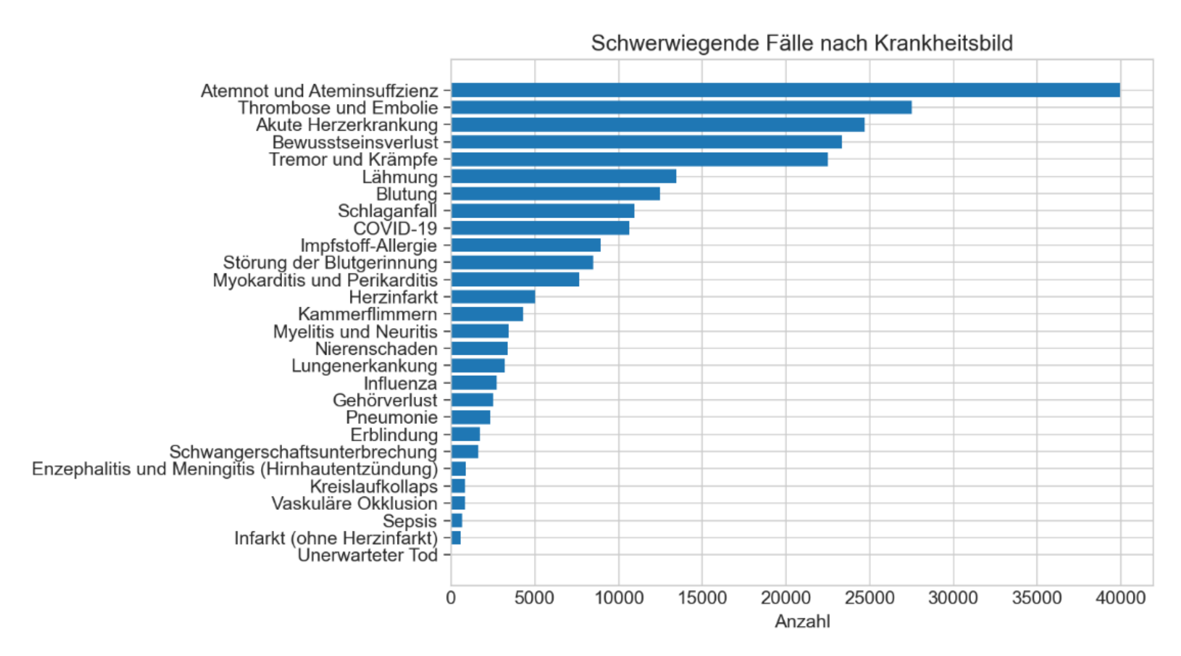
- **Signals determined not to be risks:**

  Seizure, Thromboembolic events, Delayed skin reaction, Delayed syncope, Eye pain and eye swelling, Herpes zoster including ophthalmic herpes zoster, Appendicitis, Hearing loss and tinnitus, Extensive swelling of the limbs, Reaction associated with dermal fillers, Injection site pruritis, Insomnia, Overdose, Deaths (including elderly or frail individuals), Facial nerve palsy.

329 Die **«Fazialisparese»** (Gesichtslähmung), **«Schlaflosigkeit»** und eine **«ausgedehnte Schwellung der geimpften Gliedmasse»** wurde im Verlauf **in der Fachinformation von Comirnaty® offiziell als Unerwünschte Wirkung gelistet.**[239]

330 In den von der EMA publizierten Statistik zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen wurden bereits im September 2021, somit zu dem Zeitpunkt, als Swissmedic *PSUR Nr. 1* zur Begutachtung vorgelegen hat, sichtbar, dass u.a. **Thrombosen und Embolien** zu den am **häufigsten gemeldeten schwerwiegenden Verdachtsfällen von Nebenwirkungen** zählten und dass **Krampfanfälle** und ein **Gehörverlust** als **Sicherheitssignale klar erkennbar** waren (Beilage **13**, S. 25):

[239] Swissmedicinfo, FN 48.



BO: Beilage **13:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen,
Stand 17.09.2021

1.5.4. Zwischenfazit

331 All diese Hinweise machten offensichtlich, dass die von Pfizer eingereichten Daten und Einschätzungen wenig verlässlich waren und dass die Zulassungsbehörde infolgedessen eigenständig und proaktiv hätte agieren müssen, um Sicherheitssignale zum Schutze der Bevölkerung selbst frühzeitig zu detektieren und entsprechende Massnahmen adäquat einleiten zu können.

1.5.5. Fazit Berücksichtigung der Daten aus PSUR Nr.1 durch Swissmedic

332 Swissmedic hat die Daten und Erkenntnisse des *PSUR* Nr. 1 für ihrer Nutzen-Risiko-Beurteilung von Comirnaty® offensichtlich nicht berücksichtigt, eine Aktualisierung der Fachinformation hinsichtlich wichtiger Erkenntnisse nicht eingeleitet und Ärzteschaft und Öffentlichkeit diese wichtigen Informationen bis heute aktiv vorenthalten. Swissmedic verharmloste die aufgetretenen Nebenwirkungen und verschwieg, dass ein relevanter Anteil der im *PSUR Nr. 1* vermeldeten Verdachtsfälle von Nebenwirkungen mit einer hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrate verbunden war.

333 Obwohl Swissmedic die mangelhafte Datenlage für ältere Menschen und Patienten mit Begleiterkrankungen bekannt und sie über die Todesfälle in diesem Zusammenhang informiert war, hat sie weder die Öffentlichkeit darüber informiert, noch eine Anpassung der Impfempfehlung durch die *EKIF* angeregt.

334 Während sich Swissmedic's Einstufung, dass über ein Drittel der Verdachtsfälle von unerwünschten Ereignissen «schwerwiegend» seien, mit den Daten des *PSUR* Nr.1 decken, negierte die Zulassungsbehörde offiziell konsequent einen ursächlichen Zusammenhang von Todesfällen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» auftraten. Dies mit dem Verweis, dass es «trotz einer zeitlichen Assoziation in keinem Fall konkrete Hinweise gäbe, dass die Impfung die Ursache für den Todesfall war».[240] Genauere Informationen (z.B. Zahlen und Ergebnisse zu durchgeführten Obduktionen), die dem Leser nachvollziehbar zeigen, wie dieser Schluss hergeleitet wurde, wurden bis dato nicht offengelegt.

1.6. Spikevax®: 2 von 149 (1.3%) der Studienteilnehmer erlitten Perikarditis

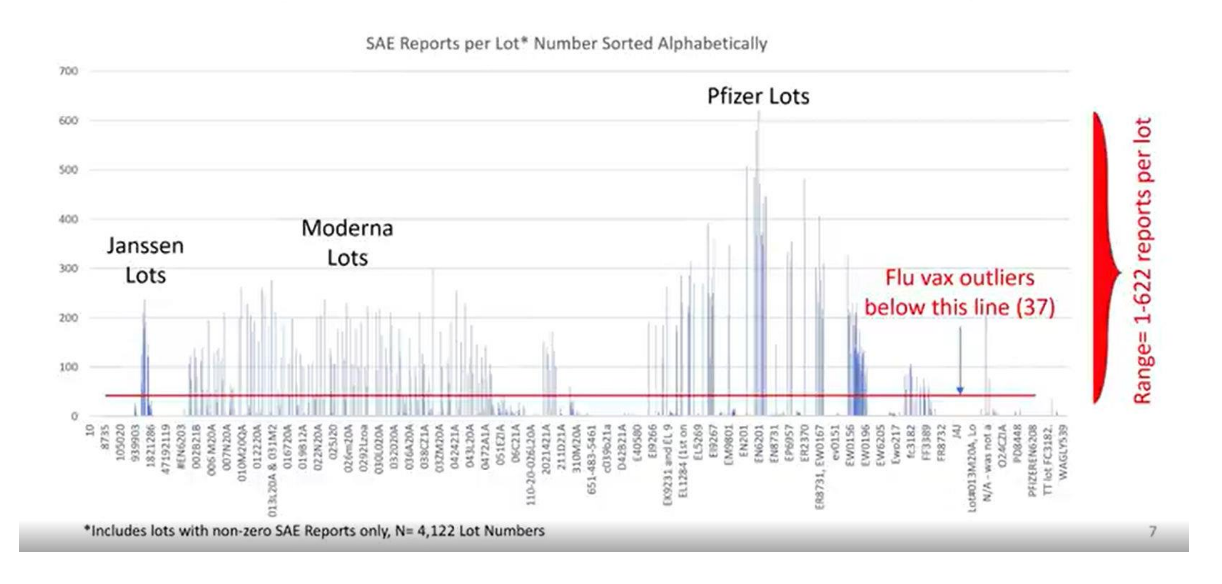
335 Laut Fachinformation «liegen nur limitierte Daten zur Auffrischimpfung (Booster) mit Spikevax® vor».[241] Eine Zahl lässt indes aufhorchen: **Bei 2 von 167 («Safety-Set») resp. 2 von 149 («Per Protocol-Set») Studienteilnehmern wurde eine Perikarditis im zeitlichen Zusammenhang mit der Verabreichung der Auffrischimpfung beobachtet,** was einer **Inzidenz von 1.2% resp. 1.3%** entspricht und somit als **«häufig»** zu klassifizieren wäre. Die Studie ist allerdings derart schwach aufgestellt, dass sich hieraus keine klaren Schlüsse ableiten lassen, befinden sich diese Fallzahlen doch im Bereich des statistischen Zufalls.

1.7. Signifikante Variabilität bei Nebenwirkungen pro «Impfcharge»?

336 Hinsichtlich nachfolgender Ausführungen sei ausdrücklich angemerkt, dass es sich nicht um Resultate aus «peer reviewten» oder überhaupt ordentlich publizierten Studien handelt. Die offenbar erlangten Erkenntnisse erscheinen aber derart gewichtig, dass sie zumindest als *erstes Indiz* für mögliche Unregelmässigkeiten aufzunehmen sind und Anlass zu weiteren Untersuchungen geben müssen.

337 Im Dezember 2021 wurden erste Resultate von Forschern publik, welche anhand der in der US-Datenbank *VAERS* registrierten Nebenwirkungen herausfanden, dass die einzelnen Impfstoffchargen in höchst unterschiedlichem Ausmass für das Auftreten von schweren Nebenwirkungen verantwortlich waren:[242]

240 Swissmedic, FN 1.
241 Swissmedicinfo, FN 71.
242 Team Enigma, «Covid Vax Variability Between Lots - Independent Research by International Team», 15.12.2021, *https://www.bitchute.com/video/4HlIyBmOEJeY/*.



338 Während bei einer Untersuchung von 22’000 Grippe-Impfstoffchargen bei fast allen Chargen 5 oder weniger schwerwiegende unerwünschte Ereignisse («severe adverse events», «SAEs») auftraten und dieser Wert nur bei zwei Chargen überschritten wurde (22 SAEs und 37 SAEs), unterlagen die COVID-«Impfstoffchargen» signifikanten Schwankungen.[243]

339 In öffentlichen Medien wurden diese Untersuchungen bis dato verschwiegen. Auch wenn prinzipiell Faktoren wie ein unterschiedliches Meldeverhalten an unterschiedlichen Standorten, wo unterschiedliche Chargen verwendet wurden, ein inkorrekter Transport oder eine falsche Lagerung zu diesen Unterschieden beigetragen haben könnten, sind die Unterschiede insgesamt so gravierend, dass sie auf eine **ungleichförmige Produktion** bei den COVID-«Impfstoffen» und somit auf ein **gravierendes Qualitätsproblem** hindeuten.

1.8. Weltweite Meldungen über Nebenwirkungen weiter massiv angestiegen

1.8.1. Datengrundlagen

340 Anhand der periodischen «Updates» von Swissmedic (bis 05.11.2021) sowie der amerikanischen und europäischen Datenbanken (bis 30.10.2021) ergibt sich folgende Anzahl Nebenwirkungen (alle, schwerwiegende/ernste/ernste, Todesfälle):[244]

243 Vorn Team Enigma, FN 242.

244 Zufolge Meldeverzug sind die Impfdosen rückdatiert: 24.09.21 (CH), 18.09.21 (EU), 02.10.21 (USA).

	CH	Kinder (CH)	EU	Kinder (EU)	USA	Kinder (USA)
Comirnaty	2.835		418.935	7.898	279.637	16.606
Ernst Comirnaty	1.173		91.233	2.114	98.769	5.644
Todesfälle Comirnaty			5.540	24	3.828	29
Spikevax	6.777		94.809	824	292.562	6.224
Ernst Spikevax	2.115		14.761	186	79.760	237
Todesfälle Spikevax			551	1	3.558	4
Insgesamt Comirnaty+ Spikevax	9.834	88	514	832	572	23
Schwerwiegend/ Ernst	3.396		106	188	179	243
Todesfälle	155		557	25	7	33
Impfdosen Comirnaty	3.452.353		410.979.487		226.033.301	
Impfdosen Spikevax	6.752.039		60.209.914		151.481.614	
Comirnaty+ Spikevax / Mio	963,7		1.090,3		1.515,7	
Schwerwiegend/ Ernst / 1Mio	332,8		224,9		472,9	
Todesfälle / Mio	15,2		12,9		19,6	

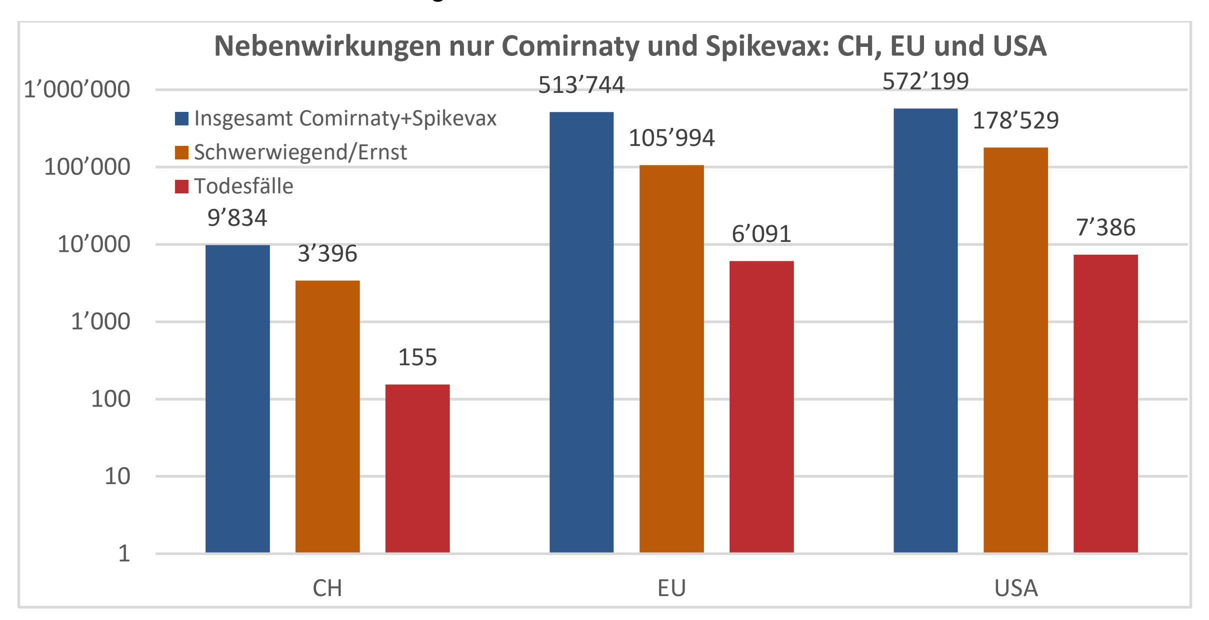
341 Dabei wurden in den Bereichen Herz (Cardiac disorders), Gerinnungsstörungen und Folgen (Blood and lymphatic system disorders) sowie Todesfällen insgesamt folgende Zahlen gemeldet:

	CH gesamt	CH Comir-naty	CH Spike-vax	EU gesamt	EU Comir-naty	EU Spike-vax	USA gesamt	USA Comir-naty	USA Spike-vax
Herz	432	216	216	29	24.059	4.679	38	21.393	16.537
Gerinnungs-störungen	446	109	337	23	19.602	3.030	19	10.636	8.404
Todesfälle Comirnaty	155			557	5.540	551	7	3.828	3.558
Totgeburten				772	659	113	1182	720	462
pro 1 Mio									
Herz	42,3	62,6	32,0	61,0	58,5	77,7	100,5	94,6	109,2
Gerinnungs-störungen	43,7	31,6	49,9	48,0	47,7	50,3	50,4	47,1	55,5
Todesfälle Comirnaty	15,2			12,9	13,5	9,2	19,6	16,9	23,5

	CH gesamt	CH Comir-naty	CH Spike-vax	EU gesamt	EU Comir-naty	EU Spike-vax	USA gesamt	USA Comir-naty	USA Spike-vax
Totgeburten				1,6	1,6	1,9	3,1	3,2	3,0

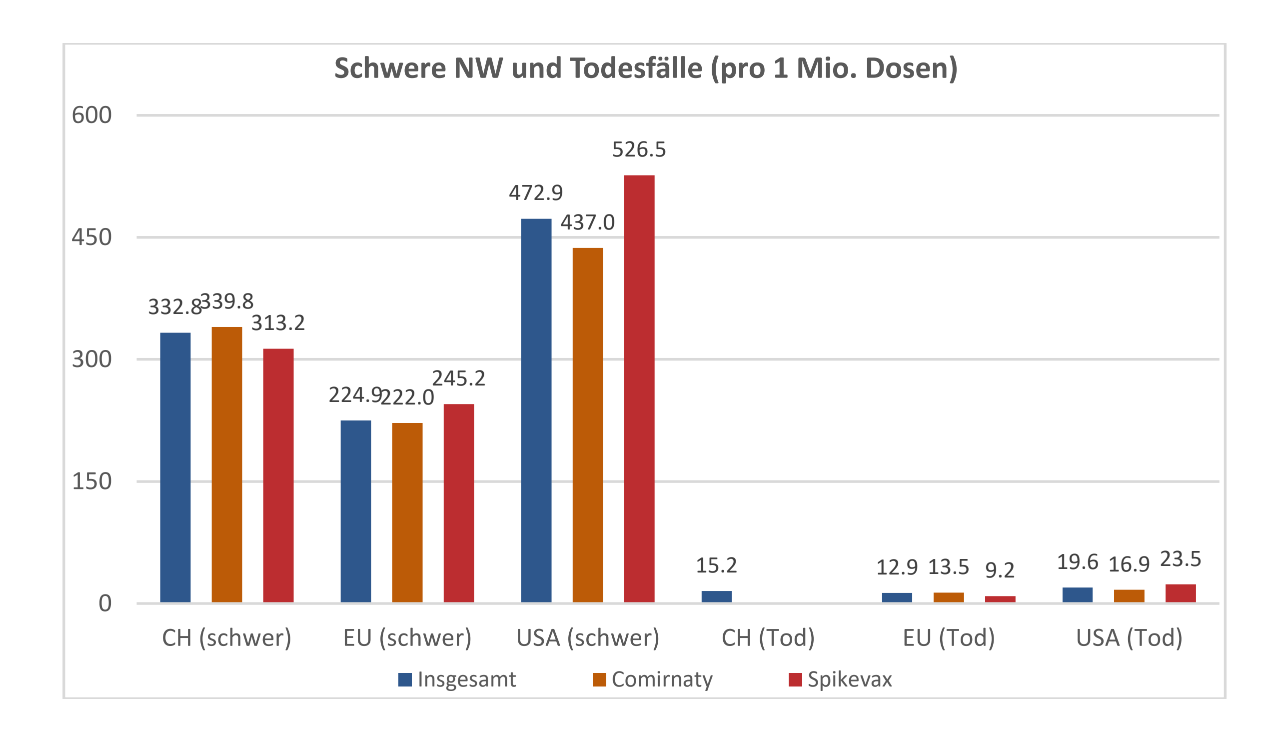
1.8.2. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (absolute Zahlen)

342 Bis zum 05.11.2021 wurden in der Schweiz, bis zum 30.10.2021 in der EU und den USA, für Comirnaty® und Spikevax® insgesamt **1'095'777 Nebenwirkungen** gemeldet – davon **287'919 schwere** Nebenwirkungen und **13'632 Todesfälle:**



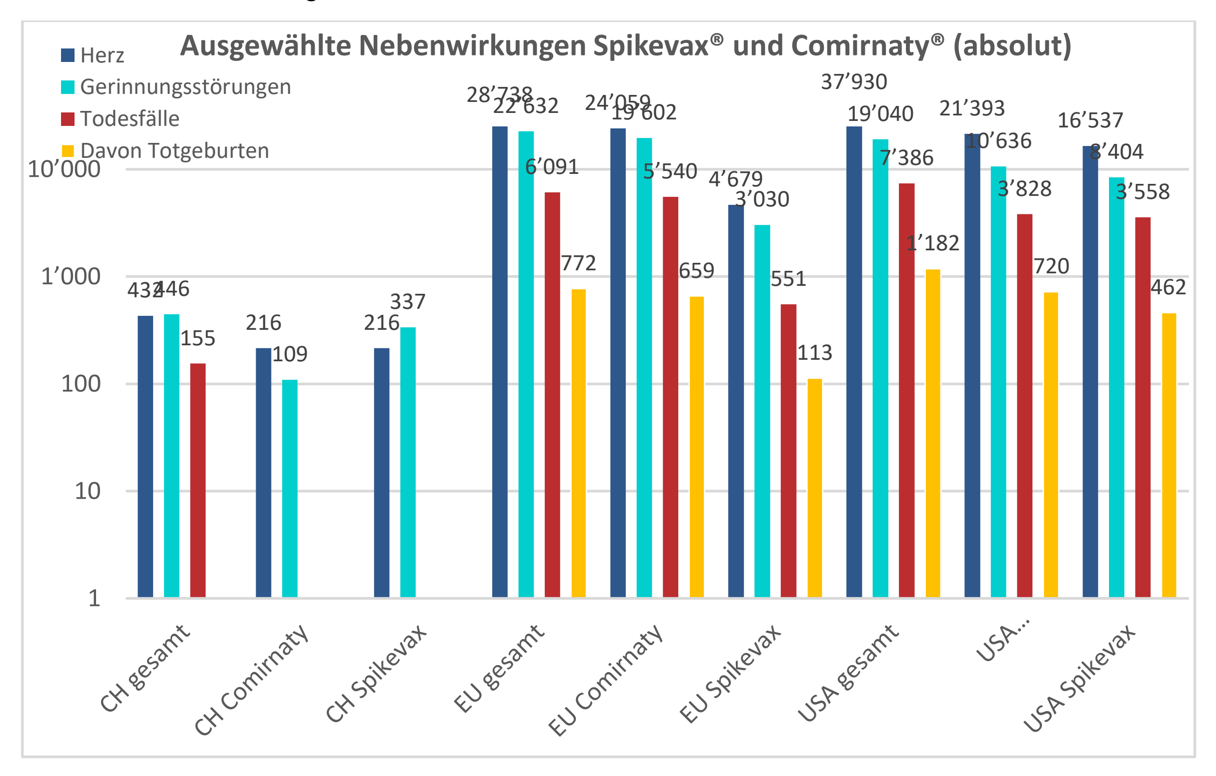
1.8.3. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (pro 1 Million «Impfdosen»)

343 Die Anzahl schwerwiegender Nebenwirkungen und solcher mit Todesfolge für Spikevax® und Comirnaty® **pro 1 Million verabreichter Dosen** fiel anfangs **November 2021** entsprechend wie folgt aus:

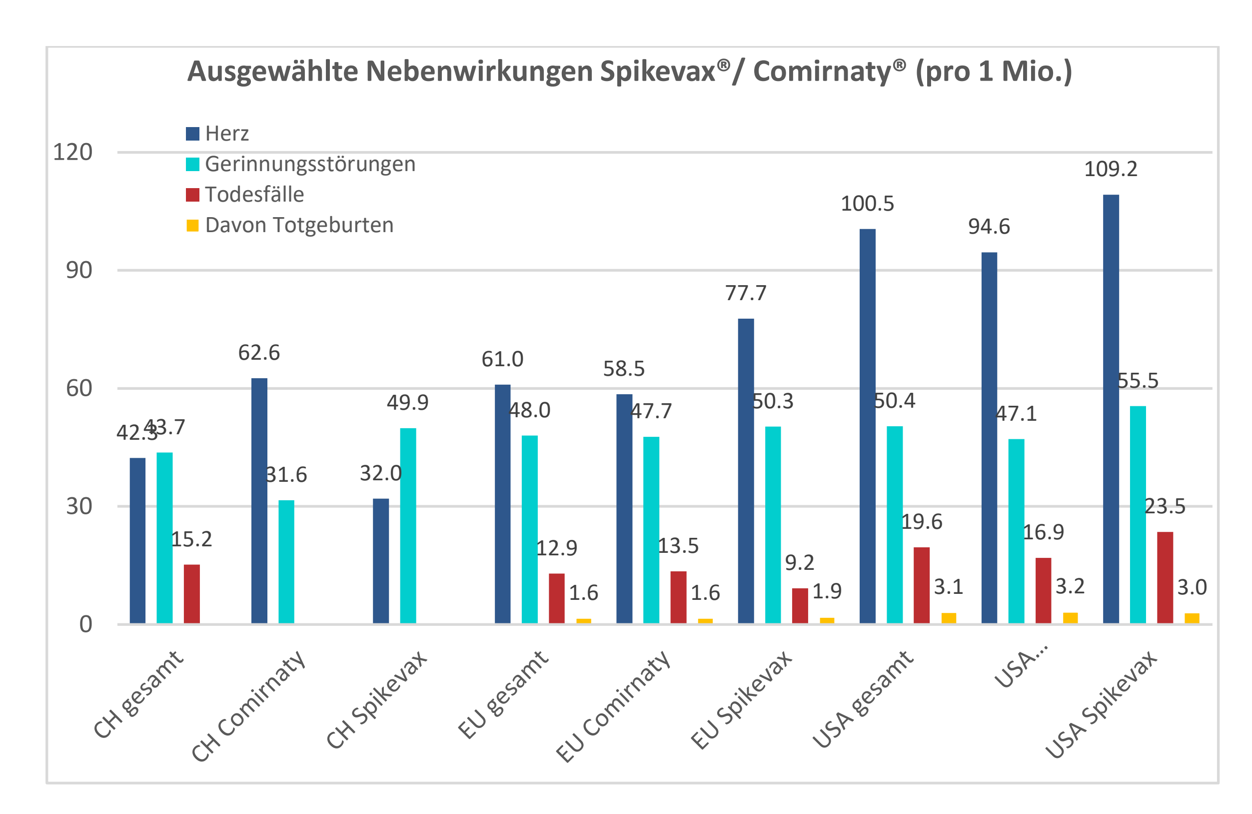


1.8.4. Ausgewählte Nebenwirkungen: Herz, Thrombosen, Todesfälle, Totgeburten

344 Eine eingehendere Analyse aller Nebenwirkungsmeldungen zu Comirnaty® und Spikevax® – aufgeteilt nach Symptomen wie Herz (Myokarditis etc.), Gerinnungsstörungen (Thrombosen etc.) sowie Todesfälle und Totgeburten – ergibt per **November 2021 in absoluten Zahlen** folgendes Bild:



345 **Pro 1 Million «Impfdosen»** ergibt dies folgendes Bild:



346 Auffallend ist bereits hier die Tendenz zu **vergleichsweise höheren Melderaten** betreffend «Herz» und die doppelt bis dreifach so hohen Melderaten betreffend Todesfälle **in den USA.** Ob diese Unterschiede populations- oder meldebedingt anfallen, müsste genauer untersucht werden.

347 Bereits im November 2021 lagen die Nebenwirkungsmeldungen in den USA betreffend **Herz (Myokarditis/Perikarditis** etc.) bei 94.6 (Comirnaty®) bis 109.2 (Spikevax®) pro 1 Million Injektionen. Zumindest bei Spikevax® handelte es sich demnach gemäss Definition (MedDRA-Systemorganklassen) um **«selten» auftretende Nebenwirkungen** (Comirnaty®: noch knapp «sehr seltene»).

348 Besorgniserregend waren auch schon damals die Meldungen zu Gerinnungsstörungen, welche sich weltweit im Bereich von 31.6 bis 55.5 Fällen pro 1 Million Dosen bewegten. Die offiziellen Daten lagen damit weltweit in einem Bereich, welcher klarerweise vergleich-, mess- und schätzbar ist. Pro 10'000 handelt es sich um 0.316 bis 0.555 Fälle, womit die **Gerinnungsstörungen als «sehr seltene» Nebenwirkungen (<1/10'000)** zu klassifizieren waren.

349 Sehr auffällig sind die plötzlich nur noch halb so hoch ausfallenden **Todesfallmeldungen** in der Schweiz von 15.2 (zuvor: 32.1) pro 1 Million Dosen.

350 Betreffend **Totgeburten** ist in den USA eine Zunahme zu verzeichnen und in der EU werden neu ebenfalls Totgeburten aufgeführt. In der Schweiz fehlen hierzu – Irrtum vorbehalten – entsprechende Informationen.

1.8.5. Im Besonderen: Nebenwirkungen bei Kindern

1.8.5.1 Datengrundlagen

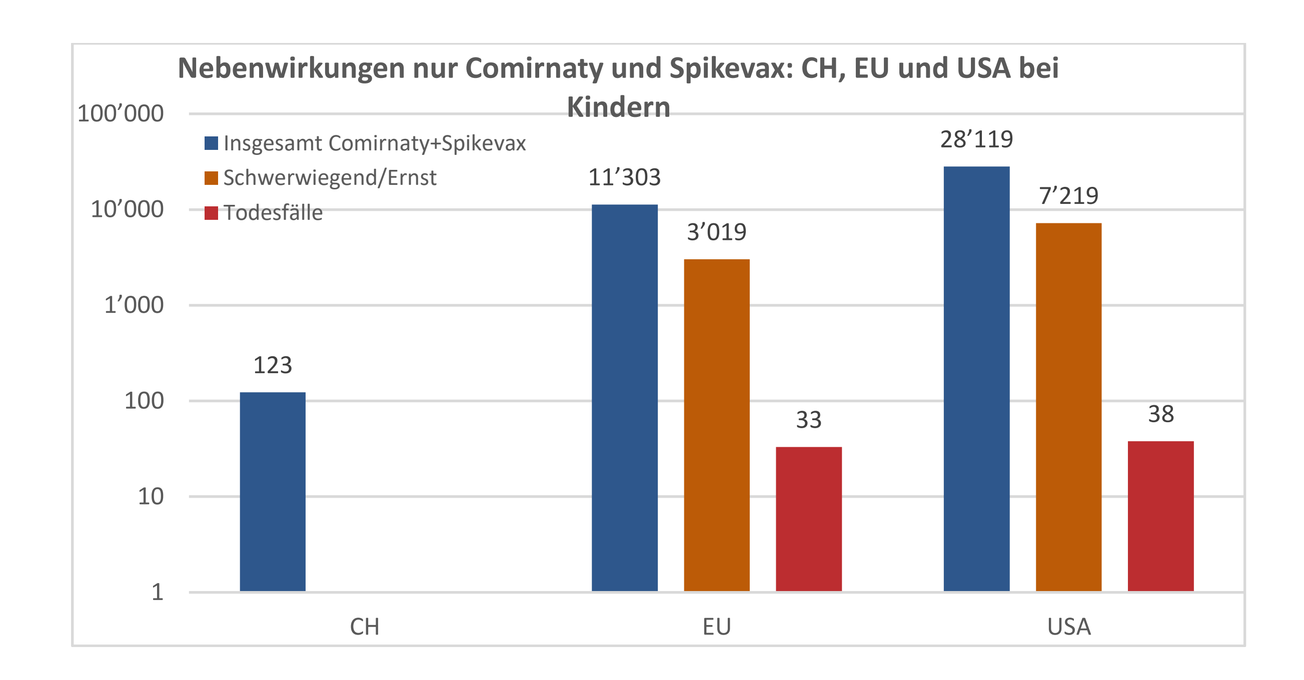
351 Anhand der periodischen «Updates» von Swissmedic (bis 17.12.2021) sowie der amerikanischen und europäischen Datenbanken (bis 11.12.2021) ergibt sich folgende Anzahl Nebenwirkungen (alle, schwerwiegende/ernste/ernste, Todesfälle):[245]

	CH	Kinder (CH)	EU	Kinder (EU)	USA	Kinder (USA)
Comirnaty	3.121		494.009	10.258	306.219	21.895
Ernst Comirnaty	1.334		108.872	2.783	109.594	6.982
Todesfälle Comirnaty			6.107	32	4.280	34
Spikevax	7.403		112.045	1.045	317.619	6.224
Ernst Spikevax	2.431		17.609	236	87.279	237
Todesfälle Spikevax			604	1	3.932	4
Insgesamt Comirnaty+ Spikevax	10.842	123	606	11	624	28
Schwerwiegend/ Ernst	3.927		126	239	197	244
Todesfälle	178		610	33	8	38
Impfdosen Comirnaty	3.824.485		410.979.487		253.826.942	
Impfdosen Spikevax	7.291.217		60.209.914		151.481.614	
Comirnaty+ Spikevax / Mio	975,4		1.286,2		1.539,2	
Schwerwiegend/ Ernst / 1Mio	353,3		268,4		485,7	
Todesfälle / Mio	16,0		14,2		20,3	

1.8.5.2 Kinder: Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (absolute Zahlen)

352 Bis zum 17.12.2021 wurden in der Schweiz, bis zum 11.12.2022 in der EU und den USA, für Comirnaty® und Spikevax® bei **Kindern** (inkl. Jugendlichen) insgesamt **39'545 Nebenwirkungen** gemeldet – davon **10'238 schwere** Nebenwirkungen und **71 Todesfälle:**

245 Zufolge Meldeverzug sind die Impfdosen rückdatiert: 05.11.2021 (CH), 30.10.21 (EU), 13.11.21 (USA).



1.9. Massives Underreporting im Generellen

353 Die weltweiten passiven Meldesysteme haben eines gemeinsam: Die Meldungen erfolgen in keiner Weise automatisiert und systematisch. Vielmehr sind die Meldungen vom Wissen und Bewusstsein der Beteiligten abhängig, dass es sich bei einer Beobachtung um eine Nebenwirkung handeln könnte und von ihrem Willen, überhaupt den Aufwand einer Meldung auf sich zu nehmen. Dies führt zu einer massiven Untererfassung – typische Schätzungen der Erfassungsquote liegen zwischen 1% und 10%:

1.9.1. Studien zur (weltweiten) Untererfassung

354 Ein Review über 37 Studien kam auf einen Median von 6% Erfassungsquote.[246] LASEK et al. schätzen, dass maximal 5% der schwerwiegenden Nebenwirkungen im Rahmen von Spontanerfassungssystemen gemeldet werden.[247]

1.9.2. USA: Unter 3% aller Nebenwirkungen gemeldet

355 Laut einer Harvard-Studie werden weniger als 1% aller Nebenwirkungen der Impfnebenwirkungsdatenbank *VAERS* gemeldet.[248]

---

246 HAZELL/SHAKIR, «Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review», 20.11.2021, *https://doi.org/10.2165/00002018-200629050-00003*.

247 LASEK/TIADEN, «Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen», 31.01.1991, *https://www.aerzteblatt.de/archiv/97564/Erfassung-unerwuenschter-Arzneimittelwirkungen*.

248 LAZARUS et al., «Electronic support for public health-vaccine adverse event reporting system», 2010, *https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf*; LAZARUS et al., «Electronic Support for Public Health: validated case

356 Basierend auf einer von der *CDC* genehmigten Methodik wurde ein «*Under reporting factor*» («*URF*») von mindestens 41 für die schwerwiegendsten/offensichtlichsten Ereignisse, die dem *VAERS* gemeldet werden, berechnet. **Dies bedeutet, dass sämtliche registrierten Nebenwirkungsmeldungen mindestens mit einem Faktor von 41 multipliziert werden müssen, um die Realität abzubilden** (was einer effektiven Erfassung von 2.43% entspricht).[249]

1.9.3. Schweiz: Melderate liegt bei 50% der Melderate von Deutschland

357 **Swissmedic** führte auf ihrer Webseite per **15.06.2021** 2'944 «ausgewertete Meldungen unerwünschter Impferscheinungen» auf. In 35.4% der Fälle wurden die Nebenwirkungen als schwerwiegend eingestuft. Bei per 13.6.2021 6'120'202 verabreichten Impfdosen ergab sich hieraus eine **Melderate von 0.5/1000 Impfdosen**. Im Vergleich hierzu meldet das ***PEI*** für Deutschland bis zum 30.4.2021 49'961 «Verdachtsfälle von Nebenwirkungen oder Impfkomplikationen» entsprechend einer **Melderate von 1.7/1000 Impfdosen**. Swissmedic wies, standardisiert auf 1000 verabreichte Impfdosen somit nur einen Drittel der Nebenwirkungen des *PEI* aus.[250]

358 Die Rate der durch Swissmedic veröffentlichten «ausgewerteten Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19-«Impfungen» verbesserte sich im Verlauf nur unwesentlich: Per **14.12.2021** führte **Swissmedic** auf ihrer Webseite 10'842 «Verdachtsfälle ausgewerteter Meldungen unerwünschter Impferscheinungen» bei 12'856'178 verabreichten Impfdosen auf. Hieraus ergab sich wiederum eine **Melderate von nur 0.8/1000 Impfdosen, rund der Hälfte des *PEI***, welches per **30.11.2021** für alle COVID-«Impfstoffe» zusammen eine **Melderate von 1.6 Verdachtsfällen/1000 Impfdosen** angab.[251]

359 Aufgrund des Vergleichs mit den Zahlen des *PEI* muss davon ausgegangen werden, dass **die von Swissmedic publizierten Zahlen mit einem Faktor von mindestens 2 multi-**

---

finding and reporting for notifiable diseases using electronic medical data», 01.01.2009, *https://doi.org/10.1197/jamia.M2848*.

249 KIRSCH, «How to verify for yourself that over 150'000 americans have been killed by the COVID vaccines», 05.01.2022, *https://stevekirsch.substack.com/p/how-to-verify-for-yourself-that-over*.

250 Aletheia, «Offener Brief an Swissmedic», 08.07.2021, *https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/2021-07-08_offener_brief_an_swissmedic_sofortige_sistierung_covid-19_impfstoffe_webversion-2.pdf*.

251 Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 20. Update», 17.12.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-10.html*; Paul-Ehrlich-Institut, «Sicherheitsbericht», 23.12.2021, *https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf?__blob=publicationFile&v=7*.

pliziert werden müssen, um die wahre Anzahl eingetroffener Verdachtsmeldungen von Nebenwirkungen abzubilden.

360 Im Verlauf zeigte sich, dass davon ausgegangen werden muss, dass sowohl die Schweiz, als auch Deutschland, im Vergleich mit anderen EU-Ländern, mit einer sehr hohen Dunkelziffer nicht rapportierter Nebenwirkungen behaftet waren und dass die von Swissmedic publizierten Zahlen gar mit einem Faktor von 10 multipliziert werden müssen, um die Realität abzubilden (dazu hinten N 500 ff.).

361 Ein möglicher Grund für diese massive Untererfassung in der Schweiz könnte eine «Vorprüfung» der Meldungen durch Swissmedic sein: Während das *PEI* angab, eine «offene Kommunikation» für ein hohe Impfakzeptanz als wichtig zu erachten und infolgedessen über alle in Deutschland gemeldeten Verdachtsfälle von Nebenwirkungen oder Impfkomplikationen im zeitlichen Zusammenhang mit der «Impfung» gegen COVID-19 kontinuierlich zu berichten[252], trifft Swissmedic eine «Vorselektion» und veröffentlicht nur Verdachtsfälle von Nebenwirkungen, die sie «ausgewertet» hat.

362 Im Sinne einer transparenten Kommunikation ist es nicht nachvollziehbar, weshalb Swissmedic nicht ebenfalls die Gesamtheit der Verdachtsfälle von Nebenwirkungen offenlegt.

363 Die Vorgehensweise von Swissmedic weckt wenig Vertrauen, sondern den Eindruck, dass der Öffentlichkeit Nebenwirkungen in einem relevanten Ausmass vorenthalten werden.

1.10. Underreporting bei Todesfällen: Ohne Obduktionen keine «Impf-»Toten

1.10.1. Internationale Warnungen und Aufrufe, mehr Obduktionen durchzuführen

364 Ein weiteres gravierendes Problem der Untererfassung ist das breite **Ausbleiben von Obduktionen:** Im August 2021 warnte der Chefpathologe der Universitätklinik Heidelberg, Prof. Peter Schirmacher, dass es eine grosse Dunkelziffer gäbe hinsichtlich eines ursächlichen Zusammenhangs der COVID-«Impfung» mit Todesfällen, die in einem zeitlichen Zusammenhang auftreten. In dem von ihm geleiteten Autopsie-Netzwerk Baden-Württemberg wurden 33 Personen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» verstorben waren, obduziert. Ein ursächlicher Zusammenhang wurde bei

252 Paul-Ehrlich-Institut, «FAQ Coronavirus», 20.06.2022, *https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html;jsessionid=D5386F926502221D2C84C9F61EAFCEF1.intranet212?nn=169730&cms_pos=6*.

5 Verstorbenen (15%) nachgewiesen. Laut Schirmacher besteht eine Verantwortung, unklare Todesfälle im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» zu untersuchen. Im März 2022 übte er erneut Kritik und prangerte wiederum an, dass ein Zusammenhang zwischen der COVID-«Impfung» und unklaren Todesfällen immer noch überwiegend nicht erkannt würde. Mittlerweile habe sich in seinen Untersuchungen gezeigt, dass bei Personen, die überraschend und kurz nach der Impfung verstorben seien, in 30 Prozent ein direkter Zusammenhang zur Impfung nachgewiesen werden konnte, so Schirmacher.[253]

365 Auch die Zürcher Professorin für Pathologie, Zsuzsanna Varga, bedauerte, dass so wenig obduziert werde. **Am Universitätsspital Zürich wurden bis Ende September 2021 weniger als zehn Personen**, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der «Impfung» verstorben waren, **obduziert**.[254]

366 Diverse Italienische Professoren forderten bereits im Mai 2021, dass eine Obduktion bei Todesfällen in einem zeitlichen Zusammenhang mit der «Impfung» obligatorisch sein müsse.[255]

1.10.2. Eigene Untersuchung: Zu wenige und untaugliche Obduktionen

367 Eine eigens durchgeführte Analyse von 15 Todesfällen in den Zeiträumen von Februar 2021 bis Juni 2021, sowie Dezember 2021 bis Mitte Januar 2022 (zuzüglich zweier weiterer Todesfälle ausserhalb dieser Zeiträume) bestätigt dieses verfehlte Vorgehen.

368 Die entsprechenden Erhebungen und Ergebnisse sind in Strafanzeige, Beilage **5** (Analyse von 15 Todesfällen), enthalten.

1.11. Kinder und Jugendliche: Kein Krankheitsrisiko, massives «Impf-»Risiko

1.11.1. Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen

369 Wie bereits zuvor (N 352) ausgeführt, wurden bis Ende 2021 in der EU und den USA **71 Todesfälle bei Kindern** verzeichnet.

370 Swissmedic vermeldete per 14.1.2022 für das Jahr 2021 11’467 Verdachtsfälle von ausgewerteten Nebenwirkungen. In 1400 Fällen war das Alter der betroffenen Person

---

253 Rhein-Neckar-Zeitung, «Werden viele Impftote gar nicht erkannt?», 19.03.2022, *https://www.rnz.de/politik/hintergrund_artikel,-corona-werden-viele-impftote-gar-nicht-erkannt-plus-podcast-_arid,846085.html*.

254 Beobachter, «Mehr Obduktionen erwünscht», 07.10.2021, *https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/mogliche-todesfalle-wegen-covid-19-impfung-mehr-obduktionen-erwunscht*.

255 POMARA et al., «COVID-19 Vaccine and Death: Causality Algorithm According to the WHO Eligibility Diagnosis», 26.05.2021, *https://www.mdpi.com/2075-4418/11/6/955/htm*.

nicht bekannt. In 138 (1.2%) Fällen waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betroffen. In 7 Fällen handelte es sich um Säuglinge oder Kleinkinder im Alter von 28 Tagen bis 23 Monaten. Angaben zum Schweregrad der Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen waren im Bericht von Swissmedic nicht verfügbar.[256]

371 Laut Bericht des Deutschen *Paul-Ehrlich-Instituts* (*PEI*) wurden in Deutschland per 31.12.2021 3'732 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen erfasst. **8 (0.2%) der betroffenen Kinder und Jugendliche verstarben im Abstand von 2 Tagen bis 5 Monaten im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung». In 6 von diesen 8 Fällen konnte ein ursächlicher Zusammenhang mit der «Impfung» bis heute nicht widerlegt werden.** Bei 147 Kindern/Jugendlichen trat eine Myokarditis/Perikarditis, bei 6 Kindern/Jugendlichen ein Guillaume-Barré-Syndrom (eine Form von Polyneuropathie, bei der es zu Muskelschwäche kommt) auf, 22 Fälle bezogen sich auf eine Fazialisparese (Gesichtslähmung). In der Altersgruppe der 5–11-Jährigen wurden 398 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» vermeldet, 5 Fälle hiervon wurden als schwerwiegend klassifiziert. 20 Fälle von Nebenwirkungen betrafen gestillte Säuglinge, bei denen unerwünschte Reaktionen im Zusammenhang mit einer «Impfung» der Mutter beobachtet worden waren.[257]

1.11.2. Angemessene Reaktion auf ein Alarmsignal: Zulassungsstopp bereits bei 15 Fällen von Nebenwirkungen

372 Dass diese Todesfälle – angesichts der fehlenden Gefahr von SARS-CoV-2 für Minderjährige – nicht längst zum sofortigen Entzug der weltweiten Zulassungen geführt hat, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

373 Ein Vergleich: Im Juli 1999 empfahl die *CDC* den Gesundheitsdienstleistern und Eltern, die Verwendung des Rotavirus-Impfstoffs für Säuglinge zu sistieren. Diese Massnahme basierte auf Berichten an das *VAERS* über Darmverschlüsse bei 15 Säuglingen, die den Rotavirus-Impfstoff erhalten hatten. Damals stellte der Hersteller in Absprache mit der *FDA* freiwillig den weiteren Vertrieb des Impfstoffs ein. Das Rotavirus stellt eine erhebliche gesundheitliche Belastung für Kinder dar. Jährlich sind in den USA 20-40 Todesfälle

256 Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 21. Update», 14.01.2022 (Comirnaty / Moderna), *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-11.html*.

257 Paul-Ehrlich-Institut, «Sicherheitsbericht», 07.02.2022, *https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-12-21.pdf?__blob=publicationFile&v=5*.

und mehr als 50.000 Krankenhausaufenthalte aufgrund von schwerem Durchfall und Dehydrierung infolge des Rotavirus zu verzeichnen.[258]

374 Beim Vergleich des Nutzen-Risikoprofils des Rotavirus-Impfstoffes mit dem COVID-«Impfstoff», wo bis heute für keine der Altersgruppen jemals ein relevanter Nutzen belegt wurde, erscheint es geradezu grotesk, dass die COVID-«Impfstoffe» angesichts einer immensen Anzahl rapportierter Nebenwirkungen und beobachteter Todesfälle von Kindern und Jugendlichen nicht vom Markt genommen wurden und Behörden wie Swissmedic unverändert gebetsmühlenartig an einem «positiven-Nutzen-Risikoprofil» festhalten.[259]

1.12. Alarmsignal: Myokarditis

1.12.1. Myokarditis häufige und schwere Nebenwirkung

375 Da die Myokarditis (Entzündung des Herzmuskels) und die Perikarditis (Entzündung des Herzbeutels) zwei der aktuell am meisten gemeldeten Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» sind, soll die aktuelle Datenlage hierzu in diesem Kapitel gesondert ausführlich diskutiert werden.

376 In den meisten Datenbanken wird die Myokarditis und Perikarditis aggregiert rapportiert. Nachfolgend wird der Fokus auf die Myokarditis gelegt, weil sie in der Regel schwerwiegender ist als die Perikarditis.

377 Zu den typischen Symptomen einer akuten Myokarditis können Brustschmerzen, Unwohlsein, Atembeschwerden, Abgeschlagenheit, Palpitationen (zu schneller/unregelmässiger Herzschlag) und Herzrhythmusstörungen bis hin zu Bewusstlosigkeit und kardiogenem Schock bei schweren Fällen zählen. Die klinischen Beschwerden einer Myokarditis sind aber sehr variabel und können sogar einem akuten Myokardinfarkt gleichen.[260]

---

258 CDC, «Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation», 05.11.1999, *https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4843a5.htm*.

259 Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz - Update», 05.11.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-8.html.*

260 Swissmedic, «Untersuchung von Berichten über Myokarditiden in Zusammenhang mit mRNA Impfstoffen gegen Covid-19», 04.06.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/untersuchung-berichten-ueber-myokarditiden-zusammenhang-mrna-impfstoffe.html.*

378 Die Myokarditis kann zu schweren Beeinträchtigungen der Herzfunktion führen, Krankenhausaufenthalte, künstliche Herzpumpen oder sogar Herztransplantationen erforderlich machen und tödlich sein.[261]

379 Eine schwere Myokarditis schwächt das Herz, so dass der Rest des Körpers nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt wird. Im Herzen können sich Gerinnsel bilden, die zu einem Schlaganfall oder Herzinfarkt führen. Zu den bekannten Komplikationen der Erkrankung gehört der **plötzliche Herztod.**[262]

380 Die Sterblichkeitsrate kann bei über 20% in 6.5 Jahren liegen.[263] Die Schäden infolge einer Myokarditis am Herzen sind in der Regel dauerhaft, und die Drei- bis Fünf-Jahres-Überlebensrate nach einer Myokarditis lag in der Vergangenheit zwischen 56 % und 83 %.[264]

381 Patienten mit akuter fulminanter Myokarditis (gekennzeichnet durch eine schwere linksventrikuläre systolische Dysfunktion, die eine medikamentöse Therapie oder mechanische Kreislaufunterstützung erfordert), die das akute Stadium überleben, haben eine Überlebensrate von 93 % nach 11 Jahren, wohingegen Patienten mit akuter nichtfulminanter Myokarditis (linksventrikuläre systolische Dysfunktion, aber ansonsten hämodynamisch stabil) eine Überlebensrate von nur 45 % nach 11 Jahren haben. **Dies könnte bedeuten, dass zwischen 7 % und 55 % der Jugendlichen, die heute durch die COVID-19-«Impfungen» geschädigt werden, möglicherweise nicht bis in ihre späten 20er oder frühen 30er Jahre überleben. Einige schaffen es vielleicht nicht einmal bis zu ihrem frühen 20. Lebensjahr.**[265]

382 Die Myokarditis gehört laut Daten der *EUDRA-VIGILANCE* zu den häufig rapportierten Verdachtsfällen von Nebenwirkungen. Unter den Verdachtsfällen von schwerwiegenden Nebenwirkungen belegte die Myokarditis/Perikarditis insgesamt Platz 7, bei den Fällen, die eine Hospitalisation erforderlich machten, Platz 4, bei den lebensbedrohlichen Zwischenfällen Platz 11 und bei den Fällen mit bleibenden Schäden Platz 12. **Bei den Kindern und Jugendlichen lag die Myokarditis/Perikarditis auf Platz 2 der schwerwie-**

---

261 Statnews, «If Covid-19 vaccines can cause heart inflammation, caution should be warranted in those at risk», 29.06.2021, *https://www.statnews.com/2021/06/29/myocarditis-covid-19-vaccine-connection-caution-needed-for-those-at-risk/*.

262 KANG/AN, «Viral myocarditis», 05.01.2022, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459259/*; Canadian Covid Care Alliance, FN 133.

263 GRÜN et al., «Long-term follow-up after viral myocarditis established by endomyocardical biopsy:Predictors of mortality», 02.02.2011, *https://jcmr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/1532-429X-13-S1-M7*.

264 DENNERT et al., «Acute viral myocarditis», 09.07.2008, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC2519249/*.

265 AMMIRATI et al., «Fulminant versus acute nonfulminant myocarditis in patiens with left ventricular systolic dysfuntion», 23.07.2019, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31319912/*.

genden Nebenwirkungen und auf Platz 6 der Nebenwirkungen mit einem tödlichen Ausgang. Bis zum 11.02.2022 wurden in der EU 21'759 Fälle von Myokarditis registriert. 16'272 Fälle hiervon traten in der am meisten betroffenen Altersgruppe der 18 bis 64-Jährigen und 1822 in der Altersgruppe der 12 bis 17-Jährigen auf. 99% der Fälle wurden als schwerwiegend eingestuft, 216 Fälle (**1%**) **endeten tödlich**. **72%** der Fälle wurden **im Zusammenhang mit einer Verabreichung des Impfstoffes von Pfizer/BioNtech** rapportiert (Beilage **14**, S. 24, 26 - 28, 34, 137 f.).

BO: Beilage **14:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen,
Stand 11.02.2022

1.12.2. Untersuchungen und Massnahmen

383 Eine Untersuchung, welche am 08.09.2021 als Preprint (und am 14.02.2022 **mit geändertem Erstautor und neuem Titel** im *European Journal of Clinical Investigation*) publiziert wurde, kam zum Schluss, dass bei Teenagern die Wahrscheinlichkeit, an durch den COVID-«Impfstoff» verursachten Herzproblemen zu leiden, sechsmal höher sei als die Wahrscheinlichkeit eines schweren COVID-Krankheitsverlaufes.[266]

384 Am 29.09.2021 empfahl ONTARIO PUBLIC HEALTH jungen Männern von 18-24 Jahren, sich wegen eines erhöhten Risikos für das Erleiden einer Myokarditis oder Perikarditis nicht mehr mit Spikevax® impfen zu lassen.[267]

385 Schweden, Norwegen und Finnland setzten am 07.10.2021 die Verwendung von Spikevax® für junge Erwachsene aus dem gleichen Grund ebenfalls aus. Die Pause «aus Vorsichtsgründen» in Schweden und Finnland betraf alle, die 1991 oder später geboren waren. In Finnland wurde den unter 30-Jährigen Comirnaty® als zweite Dosis angeboten. In Norwegen setzten die Behörden die Verwendung von Spikevax® bei unter 18-Jährigen aus und rieten dazu, ihnen stattdessen Comirnaty® anzubieten.[268]

386 Swissmedic liess in einer im August 2021 durch die Zulassungsinhaber zu versendenden «*Dear Healthcare Professional Communication*» («*DHPC*») verlauten: «*Swissmedic hat*

---

266 HØEG et al., «SARS-CoV-2 mRNA Vaccination-Associated Myocarditis in Children Ages 12-17: A Stratified National Database Analysis», Preprint vom 08.09.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1*; KRUG, «BNT162b2 Vaccine-Associated Myo/Pericarditis in Adolescents: A Stratified Risk-Benefit Analysis», 14.02.2022, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13759*.

267 Public Health Ontario, «Myocarditis and pericarditis following vaccination with COVID-19 mRNA vaccines in Ontario: December 13, 2020 to November 21, 2021», 27.01.2022, *https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-myocarditis-pericarditis-vaccines-epi.pdf?sc_lang=en*.

268 PATERLINI, «Covid-19: Sweden, Norway, and Finland suspend use of Moderna vaccine in young people "as a precaution», 11.10.2021, *https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2477.*

alle verfügbaren Daten überprüft und ist zu dem Schluss gekommen, dass zwischen COVID-19 mRNA-Impfstoffen und Myokarditis und Perikarditis zumindest möglicherweise ein kausaler Zusammenhang bestehen könnte. Die Rubriken «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» und «Unerwünschte Wirkungen» der Fachinformationen werden entsprechend aktualisiert.» Fachpersonen sollten geimpfte Personen darauf hinweisen, im Falle von Brustschmerzen, Kurzatmigkeit oder Palpitationen sofort medizinische Beratung und Hilfe einzuholen, so die Anweisung durch Zulassungsinhaber und Swissmedic. Laut Swissmedic sei zu vermuten, dass der Verlauf einer Myokarditis und Perikarditis nach der «Impfung» «ähnlich sei wie der Verlauf einer Myokarditis und Perikarditis im Allgemeinen».[269]

387 Die Impfempfehlung durch die Eidgenössische Impfkommission (EKIF) wurde dahingehend angepasst, dass Personen im Alter unter 30 Jahren die Grundimmunisierung präferenziell mit Comirnaty® empfohlen wurde (Beilage **15**, S. 4, 35 ff.).

BO: Beilage **15:** Impfempfehlung für mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19, BAG/EKIF, Stand 21.01.2022

388 Swissmedic wies in der *DHPC* nirgends auf die Gefährlichkeit und die potentiellen Langzeitfolgen einer Myokarditis/Perikarditis hin. Im November 2021 veröffentlichte Swissmedic einen Bericht[270] über die 95 Myokarditisfälle, die bis zum 13.8.2021 im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» in der Nationalen Pharmakovigilanz-Datenbank erfasst worden waren. Obwohl alle 95 Fälle von den Meldern als «schwerwiegend», 7 Fälle gar als «lebensbedrohend» klassifiziert worden waren, die Myokarditis in 86 Fällen eine Hospitalisation nötig machte und ein Fall tödlich endete, betonte Swissmedic, dass der klinische Verlauf nach einer medikamentösen Behandlung meist «mild» war. Swissmedic gab zu bedenken, dass zwar die Mehrheit der Fälle Spikevax® betreffe, dass aber ein Vergleich basierend auf Spontanmeldungen methodisch fragwürdig sei, da nicht ausgeschlossen werden könne, dass die höhere Melderate für Spikevax® nur deshalb zustande komme, weil in der Schweiz bis zu jenem Zeitpunkt auch mehr Spikevax® (Marktanteil bis 15.12.2021 64%) als Comirnaty® (Marktanteil bis 15.12.2021 36%) eingesetzt worden sei. [271] Mögliche Unterschiede betr. das Myokarditis-Risiko im Zusammenhang mit

---

[269] Swissmedic, «DHPC – mRNA Impfstoffe gegen COVID-19 (COVID_19 Vaccine Moderna and Comirnaty)», 13.08.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/health-professional-communication--hpc-/dhpc-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19.html.*

[270] Swissmedic, «Vigilance News», 11.2021, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/en/dokumente/marktueberwachung/vigilance/vigilance-news-november2021.pdf.download.pdf/ENG_Vigilance-News-Edition_27_2021%2011%2029.pdf.*

[271] Swissmedic sowie Paul-Ehrlich-Institut, FN 251.

den verwendeten Impfstoffen sollen laut Swissmedic unbedingt fundiert mit Daten von grösseren Populationen und klinischen Studien untersucht werden.

389 Bis zum 3.11. 2021 vermeldete Swissmedic bei 11'137'489 verabreichten Impfdosen, 199 Verdachtsberichte von Myokarditis und/oder Perikarditis aus der Schweiz, hiervon 35 Fälle im Zusammenhang mit Comirnaty® und 157 mit Spikevax® (in 7 Fällen war der Impfstoff nicht bekannt). Dies ergab eine Inzidenzrate von 1.8 Fällen/100'000 verabreichten Dosen von Myokarditis/Perikarditis insgesamt und eine Rate von 0.3 Fällen/100'000 verabreichten Dosen für Comirnaty® resp. 1.4 Fällen/100'000 verabreichten Dosen für Spikevax®.[272] Ein Vergleich mit den per 12.11.2021 vermeldeten Zahlen aus Kanada, 1.9 Fällen/100’000 verabreichten Dosen für Comirnaty® und 3.0 Fällen/100'000 verabreichten Dosen für Spikevax® weist erneut auf ein massives Underreporting durch Swissmedic hin, die Zahlen aus Kanada liegen um einen Faktor 2 bis 6 höher. Die aus Kanada spezifisch für Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren gemeldeten Raten von Myokarditis/Perikarditis nach der zweiten Impfstoffdosis lagen für Spikevax® gar bei 15,9 Fällen/100’000 verabreichten Dosen und für Comirnaty® bei 2,6/100’000 verabreichten Dosen.[273]

390 Auch eine Analyse der *VAERS*-Daten vom Februar 2022, analysiert wurden dort die Daten von Januar-Juni 2021, kam bereits zum Schluss, dass die COVID-«Impfung» bei 12 bis 17-Jährigen mit einem hohen Risiko für das Auftreten einer Myokarditis assoziiert war: Die Raten für eine Myokarditis im Zusammenhang mit einer COVID-«Impfung» lagen nach der zweiten Dosis bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern bei 162,2 (12 bis 15 Jahre) und 93,0 (16-17 Jahre), bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen bei 13,0 und 12,5 pro Million verabreichter Dosen. Die Rate kardialer unerwünschter Ereignisse war für gesunde 12 bis 15-Jährige 2.6-4.3mal höher als ihr 120-Tage-COVID-19-Krankenhausaufenthaltsrisiko. 95% der in der *VAERS*-Datenbank registrierten Myokarditis-Fälle waren mit einer Hospitalisation verbunden.[274]

391 Die AMERICAN HEART ASSOCIATION stufte in einer Stellungnahme vom Juli 2021 die lebenslangen Auswirkungen einer Myokarditis auf die Morbidität und die Mortalität bei Kindern und Jugendlichen als «erheblich» ein und machte darauf aufmerksam, dass Be-

---

272 Swissmedic, FN 259.

273 PHAC, «An advisory committee statement (ACS) national advisory committee on immunization», 03.12.2021, *https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/rapid-response-recommendation-use-covid-19-vaccines-individuals-aged-12-years-older-myocarditis-pericarditis-reported-following-mrna-vaccines/rapid-response-recommendation-use-covid-19-vaccines-individuals-aged-12-years-older-myocarditis-pericarditis-reported-following-mrna-vaccines.pdf*.

274 KRUG, «BNT162b2 Vaccine-Associated Myo/Pericarditis in Adolescents: A Stratified Risk-Benefit Analysis», 14.02.2022, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13759*.

troffene keinen Leistungssport betreiben dürfen, solange eine Entzündung vorliegt. Vor einer Rückkehr zum Leistungssport werde ein Langzeit-EKG empfohlen.[275]

392 In Orange County, Kalifornien, wurden für das Schuljahr 2021/2022 neu EKG-Untersuchungen für Highschool-Schüler, die an Sportprogrammen teilnehmen wollten, verpflichtend, um Sportler zu identifizieren, die ein Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand hatten.[276]

393 Eine *Myokarditis kann, wie eingangs des Kapitels erklärt, in schweren Fällen zu einem* kardiogenen Schock, Herzrhythmusstörungen oder Herzstillstand führen. Im Jahr 2021 nahmen die plötzlichen Todesfälle von *FIFA*-registrierten Fussballern während eines Spieles gegenüber den Vorjahren um einen Faktor fünf zu: Während 2001-2020 im Schnitt 4.2 Fussballer pro Jahr infolge plötzlichen Herztodes/unerklärten plötzlichen Todes verstarben, wurden für Januar-November 2021 21 solche Fälle dokumentiert.[277]

1.12.3. Massnahmen von Swissmedic zu Myokarditis/Perikarditis ungenügend

394 Die vorgängig präsentierten Daten zeigen, dass die Kommunikation von Swissmedic zum Thema Myokarditis/Perikarditis verharmlosend war und die wahren Risiken und Langzeitschäden verschwiegen wurden.

395 In Anbetracht der Tatsache, dass **71.2% der per April 2022 in *EUDRA-VIGILANCE* erfassten 15'148 Fälle von Myokarditis/Perikarditis nach Injektionen von Comirnaty® auftraten** (Beilage **16**, S. 155), dass infolge angepasster Empfehlungen hinsichtlich Nicht-Verwendens von Spikevax® bei bestimmten Altersgruppen kein Abflauen der Fälle, sondern ab Sommer 2021 im Gegenteil insgesamt eine Zunahme neuer Fälle beobachtet werden konnte und dass Swissmedic selbst festgestellt hatte, dass das sich abzeichnende höhere Risiko für Spikevax® infolge eines höheren Absatzes verfälscht sein könnte und zur Untersuchung des Risikoprofils der COVID-«Impfstoffe» neue Studien nötig seien, ist unverständlich, wieso keine solchen ausgedehnten Untersuchungen eingeleitet wurden und die COVID-«Impfung» bis zum Vorliegen von Resultaten bei jüngeren Personen nicht gänzlich sistiert wurde. Dies, zumal sich für die jüngere Altersgruppe das Nutzen-Risikoprofil der «Impfung» mangels Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 noch eindeutiger negativer abzeichnete als für die Gesamtbevölkerung.

---

275 LAW et al., «Diagnosis and Management of Myocarditis in Children, A Scientific Statement From the American Heart Association», 07.07.2021, *https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001001.*

276 OCPS, «sports physicals», 20.06.2022, *https://www.ocps.net/departments/athletics/sports_physicals.*

277 CONNOLLY/SHIR-RAZ, «5-fold increase in sudden cardiac deaths of FIFA players in 2021», 15.11.2021, *https://stephenc.substack.com/p/5-fold-increase-in-sudden-cardiac?s=r*.

BO: Beilage **16:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 22.04.2022

1.13. Schwangere: Unzureichendes Risikomanagement und verwirklichtes Risiko

1.13.1. Immer noch fehlende Daten

396 In einem **Einwilligungsformula***r* («*Informed-Consent-Form*») **vom 15.12.2021**, in welchem Pfizer/BioNTech potentielle Studienteilnehmer über die Details einer Studie, welche den Effekt zusätzlicher Impfdosen untersuchen soll, sowie generell über Nutzen und Risiken von Comirnaty® informierte, wurde offiziell deklariert, dass Risiken im Zusammenhang mit der Fertilität, einer Schwangerschaft oder während der Stillzeit nicht ausgeschlossen werden könnten: **«*The effects of the COVID-19 vaccine on sperm, a pregnancy, a fetus or a nursing child are not known.*»** (S. 10).

BO: Beilage **17:** Cincinnati Children's Hospital medical center, Informed Consent Form (Sub Study C), 14.12.2021

1.13.2. Herstellerdaten: Mehrere Totgeburten bei Schwangeren

397 Im «*Post Marketing Pharmacovigilance-Report*» von Pfizer/BioNTech mit Daten über die ersten 2.5 Monate nach Markzulassung[278], welcher allen Behörden weltweit und auch Swissmedic – mutmasslich im April/Mai 2021 – eingereicht worden war, wurden für die Postmarketingphase bei 270 Schwangeren Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Comirnaty® aufgeführt. In **23 Fällen handelte es sich um einen Abort,** bei zwei Fällen um eine frühzeitige Geburt mit anschliessendem Versterben des Kindes, bei zwei Fällen um einen intrauterinen Tod (Versterben des Kindes in der Gebärmutter), in fünf Fällen war das Resultat zum Ausgang des Falles hängig, und in 238 Fällen waren «keine Angaben» verfügbar:

Pregnancy cases: 274 cases including:

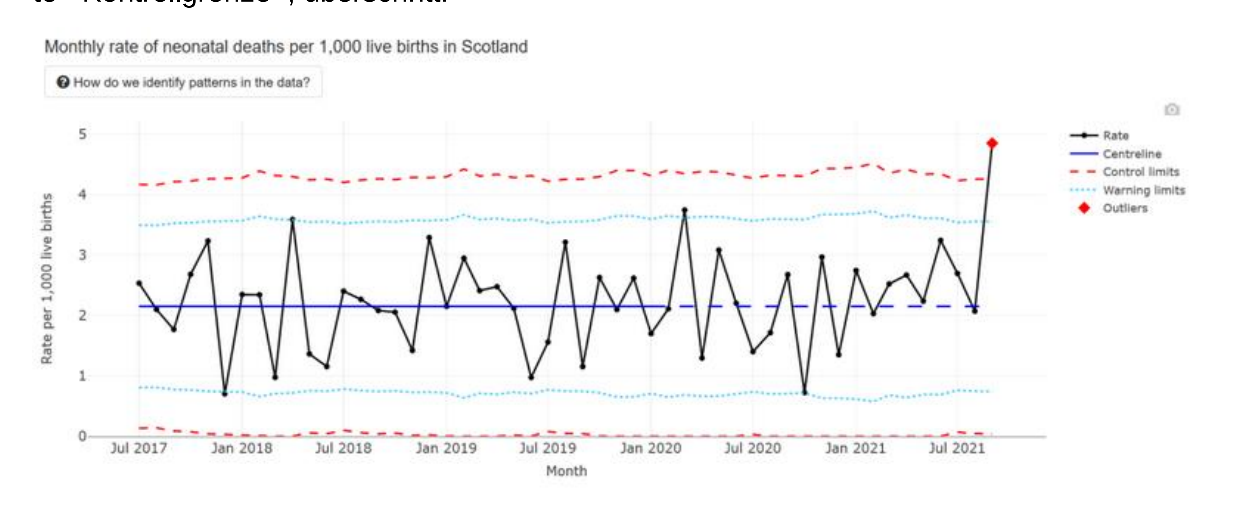
- 270 mother cases and 4 foetus/baby cases representing 270 unique pregnancies (the 4 foetus/baby cases were linked to 3 mother cases; 1 mother case involved twins).
- Pregnancy outcomes for the 270 pregnancies were reported as spontaneous abortion (23), outcome pending (5), premature birth with neonatal death, spontaneous abortion with intrauterine death (2 each), spontaneous abortion with neonatal death, and normal outcome (1 each). No outcome was provided for 238 pregnancies (note that 2 different outcomes were reported for each twin, and both were counted).

---

278 Pfizer, «Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28.02.2021», 30.04.2021, *https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf.*

1.13.3. England: Massive Erhöhung der Neugeborenensterblichkeit

398 Zahlen von *Public Health Scotland* zufolge starben im September 2021 21 Säuglinge innerhalb von 28 Tagen nach der Geburt, wodurch die Neugeborenensterblichkeitsrate zum ersten Mal seit mindestens vier Jahren einen oberen Warngrenzwert, die so genannte «Kontrollgrenze», überschritt:[279]



399 Obwohl die Rate von Monat zu Monat schwankte, lag sie im September 2021 mit 4,9 Totgeburten pro 1000 Geburten auf einem Niveau, das zuletzt in den späten 1980er Jahren zu beobachten war.

400 *Public Health Scotland* erklärte, die Tatsache, dass die obere Kontrollgrenze überschritten wurde, «darauf hindeute, dass es mit höherer Wahrscheinlichkeit Faktoren gäbe, die über zufällige Schwankungen hinausgingen und zu der Zahl der aufgetretenen Todesfälle beigetragen hätten».

1.13.4. Stillende Mütter: Spike-Protein und LNP in Muttermilch?

401 Das Spike-Protein kann sowohl für Schwangere resp. deren Ungeborene, als auch für Neugeborene, die durch geimpfte Mütter gestillt werden, eine Gefahr darstellen. Aufgrund der physiologischen Eigenschaften muss davon ausgegangen werden, dass sowohl die mRNA-haltigen Lipidnanopartikel (LNP), als auch bereits durch die Mutter produzierte Spike-Proteine in die Muttermilch übergehen können.[280]

402 Eine Studie, die bei 8 stillenden Müttern vorgab zu zeigen, dass in der Muttermilch mittels PCR keine Impf-mRNA nachgewiesen werden konnte und infolgedessen keine Spike-Proteine durch die Muttermilch übertragen wurden, muss als wenig valide betrachtet wer-

[279] BBC, «Investigation into spike in newborn baby deaths in Scotland», 19.11.2021, *https://www.bbc.com/news/uk-scotland-59347464*.

[280] PALMER/BHAKDI, FN 84.

den. Die Autoren gaben selber zu, dass die Lagerung der Muttermilch die Stabilität der mRNA negativ beeinflusst haben könnte.[281]

403 Der Transfer von Impf-mRNA von Comirnaty® in die Muttermilch wurde in einer weiteren Studie nachgewiesen.[282]

1.13.1. Utah: Fehlgeburten nach Fertilitätsbehandlung um 12 Prozent angestiegen

404 Aus einem Bericht der *Health Independence Alliance* geht hervor, dass an einer grossen Kinderwunschklinik in Utah die Fehlgeburtenrate seit Einführung der COVID-«Impfung» von 28 auf 40 Prozent anstieg, was einem absoluten Anstieg von 12 Prozent entspricht.[283]

1.13.2. Weltweit tausende Früh- und Totgeburten

405 Bis zum 11.12.2021 wurden in der EU und den USA bereits **über 2'000 Fehlgeburten** allein im Zusammenhang mit den mRNA-«Impfstoffen» Spikevax® und Comirnaty® vermeldet:[284]

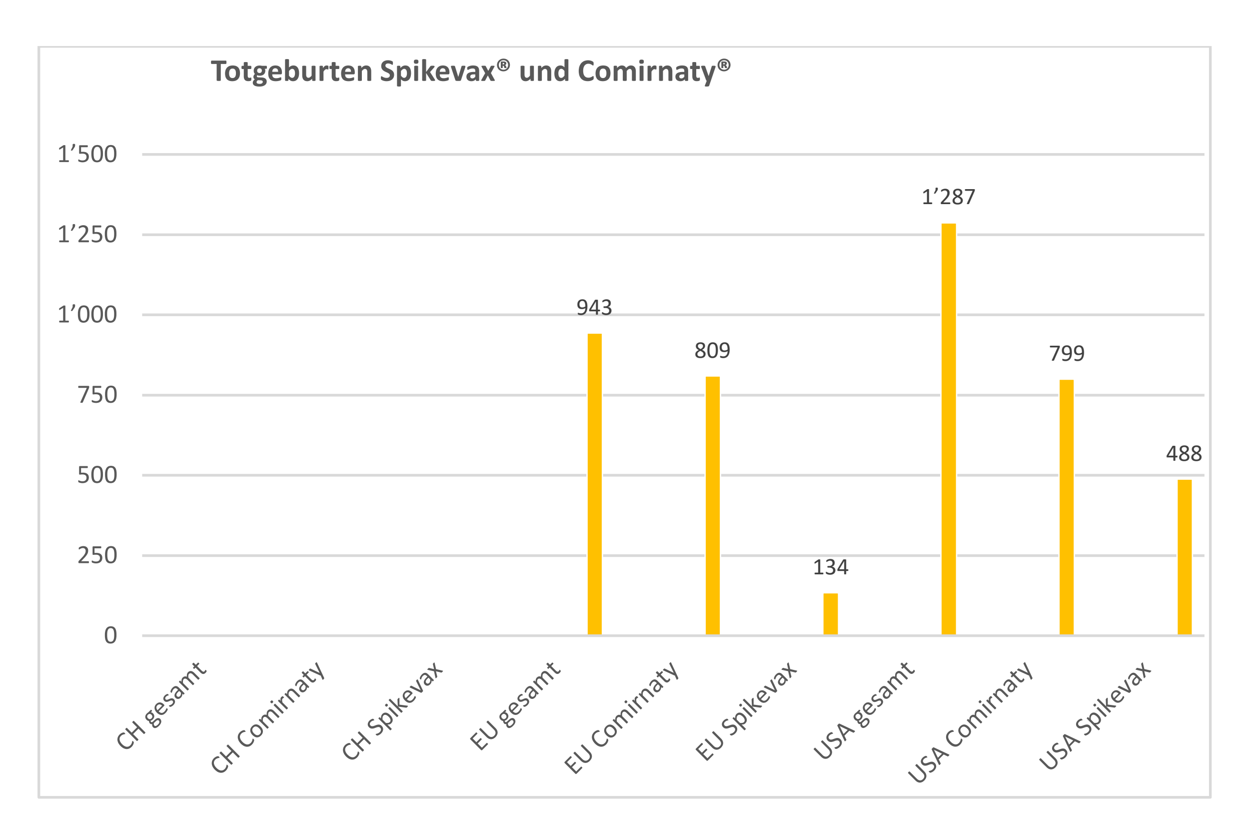
---

281 GOLAN et al., «Evaluation of messenger RNA from Covid-19 BTN162b2 and mRNA-1273 vaccines in human milk», 06.07.2021, *https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2781679*.

282 LOW et a., «BNT162b2 vaccination induces SARS-CoV-2 specific antibody secretion into human milk with minimal transfer of vaccine mRNA», Preprint vom 29.4.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.27.21256151v1*.

283 Health Independence Alliance, «Covid Vaccination Victims-UTAH», 09.11.2021, *https://drive.google.com/file/d/1yyLIeQtptpKQGyI7oav8nCaK81wskrW0/view*.

284 Siehe dazu bereits die Grafik vorn N 344.



406 Zahlen zur Schweiz liegen – soweit ersichtlich – keine vor.

1.14. Korrelation von «Verdachtsfällen» mit Corona-«Impfungen»

1.14.1. Überproportionale Zunahme von Nebenwirkungen

407 Hinsichtlich Relevanz und Gewichtung der präsentierten Daten zu Nebenwirkungen wird gerne der Einwand vorgebracht, dass es sich hierbei lediglich um «Verdachtsfälle» von Nebenwirkungen handle, für die kein kausaler Zusammenhang mit den COVID-Impfstoffen belegt worden sei.

408 Der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen einer Impfung und einem Impfzwischenfall ist schwierig und aufwendig. Eine Kausalität von Nebenwirkung und Impfung kann auf zwei Wegen bewiesen werden: Entweder kommt ein unerwünschter Zwischenfall bei geimpften Personen sehr viel häufiger vor als bei vergleichbaren ungeimpften Personen (zum Beispiel Sinusvenenthrombosen nach COVID-«Impfungen» mit dem Impfstoff von AstraZeneca) oder es kann ein Mechanismus nachgewiesen werden, der die Reaktion der Impfung wahrscheinlich verursacht hat.[285] Der Nachweis einer Kausalität von seltenen Nebenwirkungen kann Jahre dauern.

---

285 REMMEL, «Why is it so hard to investigate the rare side effects of COVID vaccines?», 01.04.2021, *https://www.nature.com/articles/d41586-021-00880-9*.

409 Bereits die soeben aufgezeigte überproportionale Zunahme von unerwünschten Ereignissen ist ein starkes Indiz für einen engen ursächlichen Zusammenhang zwischen den COVID-«Impfungen» und den gemeldeten Nebenwirkungen. Unter Berücksichtigung der Tatsache des massiven Underreportings verdichtet sich dieser erhebliche Verdacht nochmals zusätzlich.

1.14.2. Zeitlich enger Konnex von «Impfungen» und Nebenwirkungsmeldungen

1.14.2.1 Diverse Meldungen zeigen Konnex auf

410 Die nachfolgend aufgezeigten zeitlich engen Zusammenhänge sind ein deutliches Indiz dafür, dass Todesfälle, Hospitalisationen auf der Intensivstation und diverse (schwere) unerwünschte Ereignisse auf die COVID-«Impfungen» zurückzuführen sind:

411 Der Anstieg der «All cause Mortality» («Tod jeglicher Ursache») ab Q1 2021 bei den über 60-Jährigen in Neuseeland korrelierte zeitlich mit der Verabreichung der COVID-«Impfung» bei dieser Altersgruppe.[286]

412 Eine Analyse von mehr als 7.8 Mio Nebenwirkungsmeldungen aus der *EUDRA-VIGILANCE*- und *VAERS*-Datenbank von Oktober 2020 bis Oktober 2021 zeigte, dass in 77.6-89.1% der Fälle schwerwiegende unerwünschte Reaktionen innerhalb von sieben Tagen nach der «Impfung» auftraten.[287]

413 Eine im renommierten Journal *Nature* veröffentlichte Studie, welche die Daten des israelischen Rettungsdienstes von 2019 bis 2021 analysierte, fand für die Periode von Januar bis Mai 2021 eine Zunahme von 25% für Notrufe im Zusammenhang mit einem Herzstillstand oder einem akuten Koronarsyndrom bei der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung. Die Anzahl der wöchentlichen Notrufe korrelierte signifikant mit den Raten der ersten und zweiten Impfdosis für diese Altersgruppe, nicht aber mit den Covid-Infektionsraten.[288]

---

286 HATCHARD, «Relationship between Covid-19 vaccination and all cause mortality», 17.12.2021, *https://hatchardreport.com/relationship-between-covid-19-vaccination-and-all-cause-mortality/*.

287 MONTANO, «Frequency and associations of adverse reactions of COVID-19 vaccines reported to pharmacovigilance systems in the European union and the united states», 03.02.2022, *https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.756633/full*.

288 SUN et al., «Increased emergency cardiovascular events among under-40 population in Israel during vaccine rollout and third COVID-19 wave», 28.04.2022, *https://www.nature.com/articles/s41598-022-10928-z#Sec14*.

1.14.2.2 August 2021: Analyse der EU-Daten

414 Eine Analyse[289] der *EUDRA-VIGILANCE*-Daten vom Dezember 2021 (*https://www.adrreports.eu*, Datenbankschluss KW 34 2021 [29.08.2021]) zeigte, dass die meisten schwerwiegenden Nebenwirkungen in den ersten 4 Tagen, die Todesfälle und die Spontanaborte sogar in den ersten 2 Tagen nach Verabreichung der «Impfung» auftraten.

415 Dies unterstreicht die akute Toxizität der verabreichten COVID-«Impfstoffe» und lässt sich nicht auf eine erwartbare Hintergrundmorbidität im Vergleich zu einer ungeimpften Population in einem Beobachtungszeitraum von 14 bzw. 30 Tagen nach der «Impfung» reduzieren. In letzterem Fall müssten die Ereignisse gleich verteilt über den Beobachtungszeitraum auftreten.

416 Nachfolgend wird ein Auszug der in dieser Analyse untersuchten schweren Nebenwirkungen präsentiert:

417 Betreffend **Todesfälle** wurde insgesamt von 13'801 Verdachtsfällen zu Todesereignissen nach Verabreichung der COVID-«Impfstoffe» berichtet. Davon waren 3635 (26.3%) mit einer Zeitangabe zum Auftreten dieser Nebenwirkung versehen. 61% der geimpften Personen, die verstarben und bei denen der Zeitpunkt des Todes bekannt war, verstarben an den ersten beiden Tagen nach der «Impfung». Die Mehrheit der Todesfälle betraf Personen über 64 Jahre, 23% der Fälle aber auch jüngere Personen zwischen 18 und 64 Jahren.

418 Insgesamt wurde von 2035 Verdachtsfällen von **Herzstillstand** («Cardiac Arrest») und plötzlichem Tod («Sudden Death») nach Verabreichung von COVID-«Impfstoffen» berichtet. Davon waren 519 (26%) mit einer Zeitangabe versehen. Bei Comirnaty® traten 87%, bei Spikevax® 76% der Fälle an den ersten beiden Tagen nach der «Impfung» auf. 24% der Ereignisse betrafen jüngere Patienten im Alter von 18–64 Jahren.

419 Der Hauptteil der **thromboembolischen Ereignisse** (mehr als 50%) ereignete sich bis zum 5. Tag nach der «Impfung».

420 Insgesamt wurde von 1276 Verdachtsfällen zu **Spontanaborten** nach Verabreichung der Impfstoffe bis zum 29.8.2021 berichtet. Für rund 20% der Ereignisse lagen Zeitangaben vor**. Der Median der Spontanabort-Ereignisse lag bei Spikevax® am 1. Tag, bei Comirnaty® am 3.Tag nach der «Impfung».**

---

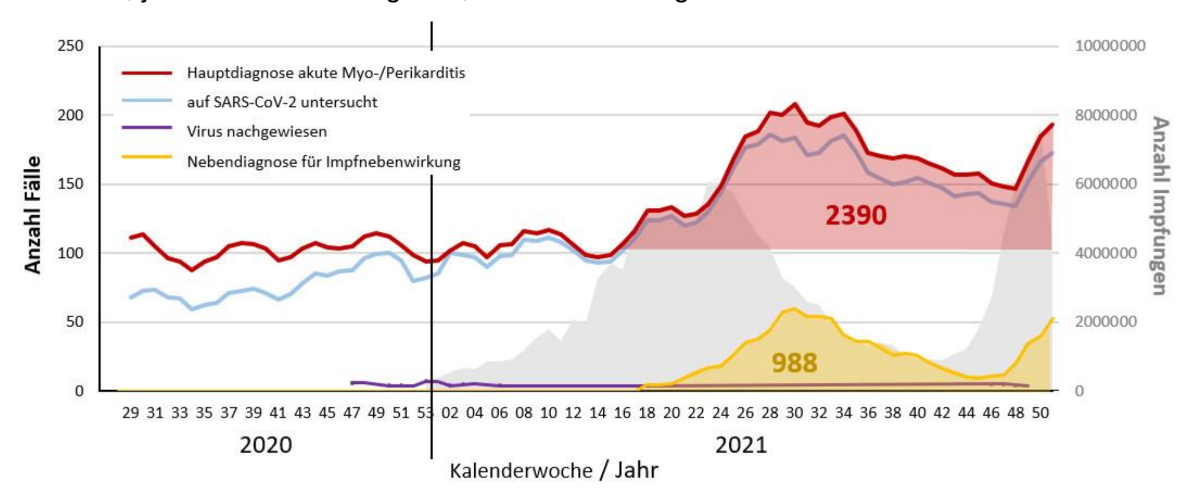
[289] ZIMMER et al., «Daten, die nahelegen, dass die beträchtliche Anzahl der schweren Nebenwirkungen und Todesfälle nach Gabe der neuen COVID-19 Impfstoffe einen kausalen Bezug zur Impfung hat», 12.2021; *https://www.researchgate.net/publication/357403474*.

1.14.2.3 Zwischenfazit

421 Aufgrund der eindeutigen sehr engen zeitlichen Korrelation beim Auftreten der untersuchten schweren Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen bei der grossen Mehrheit der betroffenen Patienten ist ein kausaler Zusammenhang äusserst wahrscheinlich.

1.14.3. Zeitlich verzögerter Konnex von «Impfung» und Hospitalisierungen

422 Eine in Deutschland durchgeführte Analyse förderte zu Tage, dass zwischen verabreichten mRNA-«Impfstoffen» und Hospitalisierungen wegen Myo-/Perikarditis ebenfalls ein zeitlicher, jedoch leicht verzögerter, Zusammenhang besteht:



423 Die Anstiege der Myo-/Perikarditis-Fälle fallen in diejenigen Kalenderwochen, in denen die meisten Impfdosen gegen COVID-19 (grau schattierte Fläche) verabreicht wurden: Einerseits im Sommer 2021 bei den (Erst- und) Zweitimpfungen und dann im Herbst 2021 beim «Booster». Allerdings ist festzustellen, dass die Fallzahlen auch Wochen nach Rückgang der Anzahl der «Impfungen» im Spätsommer stark erhöht bleibt. Diese **langanhaltende Erhöhung der Myo-/Perikarditis-Fallzahlen erhärtet den Verdacht, dass die Nebenwirkungen auch erst Wochen nach der «Impfung» klinisch manifest werden können.**

1.14.4. Weitere Hinweise auf zeitlichen Konnex bei Sterblichkeit und Hospitalisierungen

1.14.4.1 Erwachsene

424 Eine gross angelegte Untersuchung, welche die Daten von 145 Ländern analysiert hatte, kam im November 2021 zum Schluss, dass die COVID-«Impfstoffe» mit höheren Raten von COVID-Infektionen und COVID-bedingten Todesfällen in Verbindung gebracht werden mussten. In den USA wurden die Impfstoffe konkret mit einem Anstieg der COVID-

Fälle um 38 % und einem Anstieg der COVID-bedingten Todesfälle um 31 % in Verbindung gebracht. Der Autor schlussfolgerte, dass diese Ergebnisse Politiker dazu ermutigen sollten, Entscheidungen auf der Grundlage von Daten und nicht von Erzählungen zu treffen.[290]

425 Der CEO des Amerikanischen Lebensversicherungsunternehmens «*One America*» berichtete an einer Pressekonferenz, die von der Handelskammer von Indiana am 30.12.2021 organisiert wurde, dass die **Sterberate bei Menschen im erwerbsfähigen Alter** von 18 bis 64 Jahren **im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie um 40 % gestiegen** war und dass sämtliche Lebensversicherungen unter ihren Versicherten aktuell die höchsten Sterberaten beobachteten, die sie in der Geschichte dieser Branche je gesehen hatten. **Die meisten der eingereichten Anträge für Todesfälle wurden nicht als COVID-19-Todesfälle eingestuft.** Ebenso berichtete das Unternehmen über einen deutlichen Anstieg bei den Invaliditätsansprüchen. Der Präsident der *Indiana Hospital Association* bestätigte, dass diese Beobachtungen mit den Zahlen in den Krankenhäusern des Bundesstaates übereinstimmten. **Die Krankenhauseinweisungen im Bundesstaat seien höher als vor der Einführung des COVID-19-Impfstoffs ein Jahr zuvor und sogar höher als in den fünf Jahren davor**.[291]

426 Eine im Februar 2022 publizierte Analyse der Deutschen Krankenhaus-Abrechnungsdaten zeigte deutlich, wie die Anzahl stationär behandelter Impfnebenwirkungen Anfangs 2021 sprunghaft angestiegen war. **Der Mittelwert aller wöchentlichen Hospitalisationen mit diagnostizierter Impfnebenwirkung lag im Jahr 2021 um einen Faktor 11** (481 vs. 43 Fälle/Woche), **für intensivmedizinische Behandlungen mit diagnostizierter Impfnebenwirkung um einen Faktor 9** (55 vs. 6 Fälle/Woche) **höher als der Mittelwert des Zeitraumes 2019 bis 2020**. Aufgrund der Natur dieser Daten war klar, dass es sich hierbei um schwerwiegende Symptomatiken handelte, da ansonsten keine stationären Krankenhausaufenthalte erforderlich gewesen wären.[292]

---

290 BEATTIE, «Worldwide Bayesian Causal Impact Analysis of Vaccine Administration on Deaths and Cases Associated with COVID-19: A BigData Analysis of 145 Countries», Preprint vom 15.11.2021, *https://www.researchgate.net/publication/356248984_Worldwide_Bayesian_Causal_Impact_Analysis_of_Vaccine_Administration_on_Deaths_and_Cases_Associated_with_COVID-19_A_BigData_Analysis_of_145_Countries*.

291 The center square, «Indiana life insurance CEO says deaths are up 40% among people ages 18-64», 01.01.2022, *https://www.thecentersquare.com/indiana/indiana-life-insurance-ceo-says-deaths-are-up-40-among-people-ages-18-64/article_71473b12-6b1e-11ec-8641-5b2c06725e2c.html.*

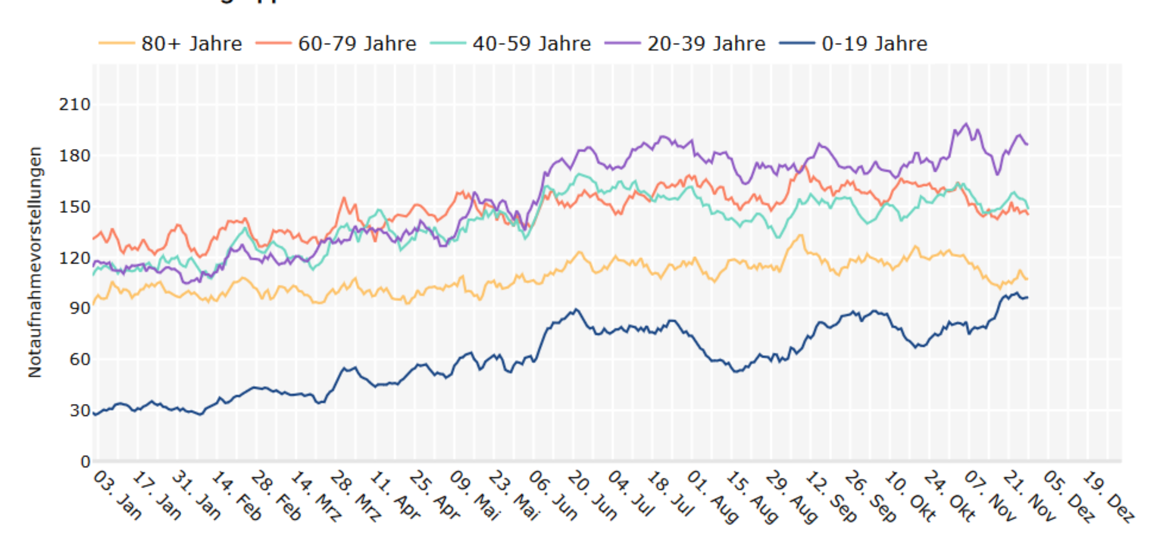
292 Coronadatenanalyse, «Krankenhaus-Abrechnungsdaten: Impfnebenwirkungen 2019 bis 2021», 26.02.2022, *https://coronadatenanalyse.de/krankenhaus-abrechnungsdaten-impfnebenwirkungen-2019-bis-2021/.*

1.14.4.2 Kinder und Jugendliche

427 Der zeitliche Verlauf des Auftretens von Verdachtsmeldungen von sämtlichen unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit COVID-«Impfstoffen» bei Jugendlichen ab 12 Jahren in der *EudraVigilance-Datenbank* korrelierte, unter Berücksichtigung eines anschliessend leicht verzögerten Impfstartes in den EU-Ländern, eindeutig mit der Erteilung der Zulassung der Impfstoffe für diese Altersgruppe durch die *EMA* (Comirnaty® Ende Mai 2021, Spikevax® Juli 2021).[293] Zu den zehn häufigsten schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen bei Kindern und Jugendlichen zählten: Myokarditis, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Krämpfe, Lähmungen, Störungen der Blutgerinnung, Blutungen, Zittern, Gehirnerkrankungen und Thrombosen (Beilage **18**, S. 33).

BO: Beilage **18:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 25.03.2022

428 Laut «Notaufnahme-Situationsreport» des *RKI* hatten sich die Aufnahmen auf einer Notfallstation in der Altersgruppe der 0 bis 19-Jährigen per 01.12.2021 im Vergleich zum Januar 2021 mehr als verdoppelt:[294]



1.14.5. Australien: Schadenersatz bei Myokarditis und weiteren Nebenwirkungen

429 Im Dezember 2021 startete die Australische Regierung ein «*Indemnity Scheme*», welches es den Geimpften im Falle des Auftretens einer in der zugelassenen Produkteinformation

[293] vfa, «Covid-19-Impfung für Kinder und Jugendliche», 11.03.2022, *https://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/coronavirus/covid-19-impfung-fuer-kinder-und-jugendliche*.

[294] RKI, FN 220.

aufgeführten Nebenwirkung, für Comirnaty® und Spikevax® eine allergische Reaktion oder eine Myokarditis/Perikarditis, ermöglichte, Schadensersatz zu fordern:[295]

430 Der Zusammenhang der aufgeführten Nebenwirkungen mit den COVID-«Impfstoffen» wurde somit indirekt anerkannt.

1.14.6. Vielzahl weiterer Studien, die einen Zusammenhang indizieren

431 In Fortführung der weltweiten Studien bis zum 4. Juni 2021 (vorn N 285 ff.) wird auf folgende zusätzliche Studien hingewiesen, die **bis 26. Oktober 2021** erschienen.

432 Die Liste wird sodann hinten (N 552 ff.) für die weltweiten Studien bis 1. März 2022 fortgeführt.

433 Die «Booster-Impfungen» wurden am 26. Oktober 2021 und die Kinder-«Impfungen» am 10. Dezember 2021 zugelassen, obwohl bereits im erstgenannten Zeitpunkt in insgesamt bereits **85 Studien zu Herzproblemen vorlagen und, in 130 Studien zu lebensbedrohlichen Gerinnungsstörungen (z.B. Thrombosen, Lungenembolien, Schlaganfälle.) und in vier Studien auf mögliche Todesfolgen der COVID-«Impfungen»** hingewiesen worden war. Zudem war bereits damals offenkundig, dass Kinder in keiner Weise von SARS-CoV-2 bedroht waren[296] und die COVID-«Impfungen» grösstenteils wirkungslos waren.[297] Wie «Swissmedic» unter diesen Umständen immer noch zu einem positiven «Nutzen-Risiko-Verhältnis» kommen konnte, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

1.14.6.1 Herzprobleme (Myokarditis etc.): 85 Publikationen

434 Bis zum **26. Oktober 2021** erschienen zusätzlich folgende **85 «peer reviewte» Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Herzerkrankungen (Myokarditis, Perikarditis etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- VIDULA et al., Myocarditis and other cardiovascular complications of mRNA-based COVID-19 vaccines, 10.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277198/*

---

295 Australian Government, «COVID-19 vaccine claims scheme», «Who can get it», 24.05.2022, *https://www.servicesaustralia.gov.au/who-can-get-support-under-covid-19-vaccine-claims-scheme?context=55953*; Australian Government, «COVID-19 vaccine claims scheme», «What costs you can claim», 24.05.2022, *https://www.servicesaustralia.gov.au/what-costs-you-can-claim-under-covid-19-vaccine-claims-scheme?context=55953*.

296 Hinten N 687 ff.

297 Hinten N 437 ff.

- SINGH et al., COVID-19 mRNA vaccination and myocarditis, 14.06.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8276934/pdf/2681-1-23129-1-10-20210611.pdf*
- HABIB et al., Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine, 16.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921001530*
- MUTHUKUMAR et al., In-depth evaluation of a case of presumed myocarditis after the second dose of COVID-19 mRNA vaccine, 16.06.2021, *https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056038*
- SHAW et al., Possible association between COVID-19 vaccine and myocarditis: clinical and CMR findings, 16.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X2100485X*
- MANSOUR et al., Acute myocarditis after a second dose of COVID-19 mRNA vaccine: report of two cases, 18.06.2021, *https://www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071(21)00265-5/fulltext*
- MINOCHA et al., Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of coronavirus mRNA disease vaccine 2019 (COVID-19) in a male adolescent, 22.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100617X*
- KERNEIS et al., COVID-19 vaccines and myocarditis, 26.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246566/*
- NEVET, Acute myocarditis associated with anti-COVID-19 vaccination, 28.06.2021, *https://ecevr.org/DOIx.php?id=10.7774/cevr.2021.10.2.196*
- MONTGOMERY et al., Myocarditis following immunization with COVID-19 mRNA vaccines in members of the US military, 29.06.2021, *https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781601*
- WATKINS et al., Myocarditis following vaccination with BNT162b2 in a healthy male, 29.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005362*
- CEREDA et al., Acute myocarditis after the second dose of SARS-CoV-2 vaccine: serendipity or causal relationship, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236331/*
- SCHAUER et al., Myopericarditis after Pfizer mRNA COVID-19 vaccination in adolescents, 03.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100665X*
- GARGANO et al., Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices, 09.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237049/*

- NASSAR et al., COVID-19 vaccine-induced myocarditis: a case report with review of the literature, 10.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002253*
- LARSON et al., Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination: is Kounis syndrome Clinical and histopathologic spectrum of delayed adverse skin reactions after COVID-19 vaccination, 12.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292611/*
- ABRAHAM et al., Myocarditis / pericarditis associated with COVID-19 vaccine, 16.07.2021, *https://science.gc.ca/eic/site/063.nsf/eng/h_98291.html*
- RAMÍREZ-GARCÍA et al., Pericarditis after administration of BNT162b2 mRNA COVID-19 mRNA vaccine, 16.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1885585721002218*
- DAS et al., Myocarditis and Pericarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination: What Do We Know So Far?, 18.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34356586/*
- BOZKURT et al., Myocarditis with covid-19 mRNA vaccines, 20.07.2021, *https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135*
- STAREKOVA et al., Myocarditis associated with vaccination with COVID-19 mRNA, 20.07.2021, *https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2021211430*
- MCLEAN et al., Myopericarditis in a previously healthy adolescent male after COVID-19 vaccination: Case report, 21.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133825/*
- KHOGALI et al., Unusual presentation of acute pericarditis after vaccination against SARS-COV-2 mRNA-1237 Modern, 23.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447639/*
- WILLIAMS et al., Acute myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination in a 24-year-old man, 24.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589790X21001931*
- SINGER et al., Risk of Myocarditis from COVID-19 Infection in People Under Age 20: A Population-Based Analysis, 27.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341797/*
- TANO et al., Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination, 28.07.2021, *https://academic.oup.com/jpids/article/10/10/962/6329543*
- LONG, Important information on myopericarditis after vaccination with Pfizer COVID-19 mRNA in adolescents, 29.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007496*
- DAS et al., Myopericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents 12 to 18 years of age, 30.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007368*

- CHAMLING et al., Occurrence of acute infarct-like myocarditis after COVID-19 vaccination: just an accidental coincidence or rather a vaccination-associated autoimmune myocarditis?, 31.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333695/*
- PEPE et al., Myocarditis, pericarditis and cardiomyopathy after COVID-19 vaccination, 31.07.2021, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950621011562
- ALBERT et al., Myocarditis following COVID-19 vaccination, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34025885/*
- PATRIGNANI et al., Acute myocarditis after Comirnaty (Pfizer) vaccination in a healthy male with previous SARS-CoV-2 infection, 02.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043321005549*
- HASNIE et al., Perimyocarditis following first dose of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 (Moderna) vaccine in a healthy young male: a case report, 04.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348657/*
- TAILOR et al., Case report: acute myocarditis after second dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 mRNA vaccine, 04.08.2021, *https://academic.oup.com/ehjcr/article/5/8/ytab319/6339567*
- LUK et al., Myocarditis and pericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: practical considerations for care providers, 08.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X21006243*
- KING et al., Myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA vaccination, a case series, 09.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34396358/*
- UMEI et al., Recurrence of myopericarditis following mRNA COVID-19 vaccination in a male adolescent, 09.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34904134/*
- VOLLMANN et al., Acute perimyocarditis after the first dose of COVID-19 mRNA vaccine, 09.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34515024/*
- DIONNE et al., Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA vaccine BNT162b2 in a case series of children, 10.08.2021, *https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052*
- ROSNER et al., Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination, 10.08.2021, *https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055891*
- KIM et al., Cardiac imaging of acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA, 16.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402228/*
- LAZAROS et al., The new COVID-19 mRNA vaccine platform and myocarditis: clues to the possible underlying mechanism, 16.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312010/*

- PARK et al., Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study, 16.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402230/*
- SULEMANKHIL et al., Temporal association between COVID-19 vaccine Ad26.COV2.S and acute myocarditis: case report and review of the literature, 16.08.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8364889/pdf/main.pdf*
- ABBATE et al., Fulminant myocarditis and systemic hyper inflammation temporally associated with BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in two patients, 18.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527321012286*
- LI et al., Intravenous injection of coronavirus disease 2019 (COVID-19) mRNA vaccine can induce acute myopericarditis in a mouse model, 18.08.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab707/6353927?s=09&login=true*
- HAN et al., Be alert to the risk of adverse cardiovascular events after COVID-19 vaccination, 24.08.2021, *https://www.xiahepublishing.com/m/2472-0712/ERHM-2021-00033*
- KNOWLTON, Insights from a murine model of COVID-19 mRNA vaccine-induced myopericarditis: could accidental intravenous injection of a vaccine induce myopericarditis, 28.08.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab741/6359059*
- IOANNOU, Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination, 31.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463755/*
- LEE et al., Reply to “Letter to the editor: Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following PfizerBioNTech COVID-19 vaccination, 31.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463770/*
- BARSHA et al., A case of acute encephalopathy and non-ST-segment elevation myocardial infarction after vaccination with mRNA-1273: possible adverse effect, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34703815/*
- CALCATERRA et al., COVID 19 vaccine for adolescents. Concern for myocarditis and pericarditis, 01.09.2021, *https://www.mdpi.com/2036-7503/13/3/61*
- DICKEY et al., A series of patients with myocarditis after vaccination against SARS-CoV-2 with mRNA-1279 and BNT162b2, 01.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X21004861*
- VISKIN et al., Myocarditis associated with COVID-19 vaccination: echocardiographic, cardiac CT, and MRI findings, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34428917/*

- WONG et al., Clinical Guidance for Young People with Myocarditis and Pericarditis after Vaccination with COVID-19 mRNA, 01.09.2021, *https://cps.ca/en/documents/position/clinical-guidance-for-youth-with-myocarditis-and-pericarditis*
- MARSHALL et al., Symptomatic Acute Myocarditis in 7 Adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination, 03.09.2021, *https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/3/e2021052478/179728/Symptomatic-Acute-Myocarditis-in-7-Adolescents*
- LEVIN et al., Myocarditis after COVID-19 vaccination: a case series, 04.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21011725?via%253Dihub*
- UJUETA et al., Lymphohistocytic myocarditis after vaccination with COVID-19 Ad26.COV2.S viral vector, 07.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001573*
- HØEG et al., Myocarditis associated with SARS-CoV-2 mRNA vaccination in children aged 12 to 17 years: stratified analysis of a national database, 08.09.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1*
- PATEL et al., Cardiovascular magnetic resonance imaging findings in young adult patients with acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: a case series, 09.09.2021, *https://jcmr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12968-021-00795-4*
- GAUTAM et al., A Late Presentation of COVID-19 Vaccine-Induced Myocarditis, 11.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660088/*
- BARDA et al., Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting, 16.09.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2110475*
- UAPRASERT et al., Prevalence of thrombocytopenia, antiplatelet factor 4 antibodies, and elevated D- dimer in Thais after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 18.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568726/*
- AMBATI et al., Acute myopericarditis after COVID-19 vaccination in adolescents, 20.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589238/*
- KAUL et al., Myocarditis after COVID-19 vaccination, 20.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001603*
- HENDREN et al., Severe myocarditis associated with COVID-19 vaccine: zebra or unicorn?, 21.09.2021, *https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(21)01477-7/fulltext*
- KOIZUMI et al., Myocarditis after COVID-19 mRNA vaccines, 21.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546329/*

- ASHAARI et al., Case report: symptomatic pericarditis post COVID-19 vaccination, 24.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693198/*
- AYE et al., Acute myocardial infarction and myocarditis after COVID-19 vaccination, 29.09.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8522388/*
- VERMA et al., Myocarditis following immunization with Covid-19 mRNA, 30.09.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2109975*
- D'ANGELO et al., Myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination: a vaccine-induced reaction?, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118375/*
- ISAAK et al., Myocarditis Following COVID-19 Vaccination, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342500/*
- KWAN et al., mRNA COVID vaccine and myocarditis in adolescents, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393110/*
- SNAPIRI et al., Transient cardiac injury in adolescents receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine, 01.10.2021, *https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2021/10000/Transient_Cardiac_Injury_in_Adolescents_Receiving.1.aspx*
- SUNG et al., Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364657/*
- MAKI et al., Biventricular systolic dysfunction in acute myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccination, 03.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601566/*
- MEVORACH et al., Myocarditis following BNT162b2 mRNA Covid-19 mRNA vaccine in Israel, 06.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614328/*
- KIM et al., Report of a case of myopericarditis after vaccination with BNT162b2 COVID-19 mRNA in a young Korean male, 11.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34636504/*
- ALANIA-TORRES et al., Case report: probable myocarditis after Covid-19 mRNA vaccine in a patient with arrhythmogenic left ventricular cardiomyopathy, 12.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712717/*
- HAJJO et al., Shedding light on post-vaccination myocarditis and pericarditis in COVID-19 and non-COVID-19 vaccine recipients, 15.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696294/*
- SALAH et al., COVID-19 vaccine and myocarditis, 15.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34399967/*
- Choi et al., Myocarditis-induced sudden death after BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in Korea: case report focusing on histopathological findings, 18.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664804/*

- MIQDAD et al., Acute myocarditis after administration of the second dose of BNT162b2 COVID-19 vaccine, 18.10.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8599115/*
- ONDERKO et al., Myocarditis in the setting of a recent COVID-19 vaccination, 19.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712497/*
- SCHMITT et al., Acute myocarditis after COVID-19 vaccination: a case report, 19.10.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866321007098*

1.14.6.2 Gerinnungsstörungen etc. (Thrombosen, Hirnschläge etc.): 130 Publikationen

435 Bis zum **26. Oktober 2021** erschienen zusätzlich folgende **130** **«peer reviewte» Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Gerinnungsstörungen und damit einhergehenden Folgen (Thrombosen, Lungenembolien, Schlaganfälle etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- BIKDELI et al., Cerebral venous sinus thrombosis in the U.S. population after SARS-CoV-2 vaccination with adenovirus and after COVID-19, 08.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721051949*
- ÖCAL et al., Portal vein thrombosis associated with ChAdOx1 nCov-19 vaccine, 08.06.2021, *https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(21)00197-7/fulltext*
- ZAKARIA et al., Cerebral venous sinus thrombosis 2 weeks after first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine, 08.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101024/*
- BOURGUIGNON et al., Immunoglobulin adjuvant for vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia, 09.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34107198/*
- SIMPSON et al., First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic, thromboembolic, and hemorrhagic events in Scotland, 09.06.2021, *https://www.nature.com/articles/s41591-021-01408-4*
- WARKENTIN et al., Spontaneous HIT syndrome: knee replacement, infection and parallels with vaccine- induced immune thrombotic thrombocytopenia, 09.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34144250/*
- CINES et al., Thrombotic immune thrombocytopenia induced by SARS-CoV-2 vaccine, 10.06.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2106315*
- AL-MAQBALI et al., 59-year-old woman with extensive deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism 7 days after a first dose of Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA vaccine COVID-19, 12.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34117206/*

- HUH et al., Predicted and observed incidence of thromboembolic events among Koreans vaccinated with the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine, 12.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34254476/*
- HWANG et al., Comparison of vaccine-induced thrombotic episodes between ChAdOx1 nCoV-19 and Ad26.COV.2.S vaccines, 15.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139631/*
- MARCHANDOT et al., Procoagulant microparticles: a possible link between vaccine-induced immune thrombocytopenia (VITT) and cerebral sinus venous thrombosis, 15.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129181/*
- KRAJEWSKI et al., Immune thrombocytopenic purpura associated with COVID-19 mRNA vaccine Pfizer- BioNTech BNT16B2b2, 16.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077572/*
- SØRENSEN et al., A case of multiple thrombocytopenia and thrombosis following vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 against SARS-CoV-2, 17.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137813/*
- TSILINGIRIS et al., Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the dark chapter of a success story, 18.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589936821000256*
- LAVIN et al., Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): a new clinicopathologic entity with heterogeneous clinical presentations, 22.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159588/*
- SEE et al., US case reports of cerebral venous sinus thrombosis with thrombocytopenia after vaccination with Ad26.COV2.S (against covid-19), 22.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929487/*
- CARI et al., Blood clots and bleeding episodes after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: analysis of European data, 23.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000937*
- DUTTA et al., Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin based anticoagulation, 24.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002046*
- GESSLER et al., Neurosurgical considerations with respect to decompressive craniectomy for intracerebral hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia-VITT, 24.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202817/*
- CRISTOFARO et al., Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, a rare but severe case of friendly fire in the battle against the COVID-19 pandemic: What pathogene-

sis?, 29.06.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002314*

- CLIFF-PATEL et al., Renal vein thrombosis and pulmonary embolism secondary to vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia (VITT), 30.06.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34268278/*
- BLAUENFELDT et al., Thrombocytopenia with acute ischemic stroke and hemorrhage in a patient recently vaccinated with an adenoviral vector-based COVID-19 vaccine, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877737/*
- CICCONE, Cerebral venous thrombosis induced by SARS-CoV-2 vaccine, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090750/*
- COOPER et al., Severe immune thrombocytopenic purpura after SARS-CoV-2 vaccine, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34754937/*
- CUKER, Thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 immunization, 01.07.2021, *https://www.hematologyandoncology.net/files/2021/07/ho0721Cuker-1.pdf*
- FURIE et al., Diagnosis and treatment of cerebral venous sinus thrombosis with vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33914590/*
- SMADJA et al., COVID-19 vaccination: information on the occurrence of arterial and venous thrombosis using data from VigiBase, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33863748/*
- SØRVOLL et al., An observational study to identify the prevalence of thrombocytopenia and anti-PF4 / polyanion antibodies in Norwegian health care workers after COVID-19 vaccination, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909350/*
- TURI et al., A case of vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia with massive arteriovenous thrombosis, 01.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34059191/*
- HUYNH et al., Antibody epitopes in vaccine-induced immune immune thrombotic thrombocytopenia, 07.07.2021, *https://www.nature.com/articles/s41586-021-03744-4*
- GUAN et al., A rare case of a middle-aged Asian male with cerebral venous thrombosis after AstraZeneca COVID-19 vaccination, 08.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005714*
- TAYLOR et al., Vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia with bilateral adrenal haemorrhage, 08.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235757/*
- RAMDENY et al., Management of a patient with a rare congenital limb malformation syndrome after SARS-CoV-2 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia (VITT), 09.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097311/*

- MacIntyre et al., Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) following AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) COVID-19 vaccination: risk-benefit analysis for persons <60 years in Australia, 10.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272095/*
- Varona et al., Primary adrenal insufficiency associated with thrombotic immune thrombocytopenia induced by the Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (VITT), 10.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002363*
- Wang et al., Acute cerebral venous thrombosis and pulmonary artery embolism associated with the COVID-19 vaccine, 11.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247246/*
- Bandapaati et al., celiac artery and splenic artery thrombosis complicated by splenic infarction 7 days after the first dose of Oxford vaccine, causal relationship or coincidence, 14.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261633/*
- Malik et al., Pulmonary embolism, transient ischemic attack, and thrombocytopenia after Johnson & Johnson COVID-19 vaccine, 14.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261635/*
- Shazley et al., A COVID-Positive 52-Year-Old Man Presented With Venous Thromboembolism and Disseminated Intravascular Coagulation Following Johnson & Johnson Vaccination: A Case-Study, 14.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34408937/*
- Mendes-de-Almeida et al., Intracerebral hemorrhage associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCOVID-19 vaccination in a pregnant woman, 15.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261297/*
- Waqar et al., Thrombotic thrombocytopenic purpura: a new threat after COVID bnt162b2 vaccine, 15.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264514/*
- Schulz et al., Cerebral venous thrombosis associated with the covid-19 vaccine in Germany, 19.07.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26172*
- Vayne et al., PF4 immunoassays in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, 22.07.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2106383*
- Paulsen et al., Immune thrombocytopenic purpura after vaccination with COVID-19 vaccine (ChAdOx1 nCov-19), 23.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497121013963*
- Vaira et al., Secondary thrombocytopenia after SARS-CoV-2 vaccination: case report of haemorrhage and hematoma after minor oral surgery, 24.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314875/*

- SESSA et al., Thromboembolic events in younger women exposed to Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 vaccines, 26.07.2021, *https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14740338.2021.1955101?tab=permissions&scroll=top*
- WALTER et al., Carotid artery immune thrombosis induced by adenovirus-vectored COVID-19 vaccine: case report, 26.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312301/*
- KRAGHOLM et al., Thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 27.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332437/*
- RAMESSUR et al., Cutaneous thrombosis associated with cutaneous necrosis following Oxford- AstraZeneca COVID-19 vaccination, 29.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189756/*
- TIEDE et al., Prothrombotic immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 29.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497121009411*
- WALTER et al., Cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination : Neurological and radiological management, 29.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327553/*
- HINES et al., Immune thrombocytopenic purpura and acute liver injury after COVID-19 vaccination, 30.07.2021, *https://casereports.bmj.com/content/14/7/e242678*
- KOCH et al., Secondary immune thrombocytopenia (ITP) associated with ChAdOx1 Covid-19 vaccine: case report, 30.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377889/*
- WIEDMANN et al., Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia causing a severe form of cerebral venous thrombosis with a high mortality rate: a case series, 30.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393988/*
- ABADI et al., Cerebral venous sinus thrombosis associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333995/*
- ESBA et al., Adverse effects reported after COVID-19 vaccination in a tertiary care hospital, centered on cerebral venous sinus thrombosis (CVST), 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092166/*
- FANNI et al., Severe vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia following vaccination with COVID-19: an autopsy case report and review of the literature, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34355379/*
- FAVALORO, Laboratory testing for suspicion of COVID-19 vaccine-induced thrombotic (immune) thrombocytopenia, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34138513/*

- FRANCHINI et al., Immune thrombosis and thrombocytopenia (VITT) associated with the COVID-19 vaccine: diagnostic and therapeutic recommendations for a new syndrome, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33987882/*
- MARCUCCI et al., Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the elusive link between thrombosis and adenovirus-based SARS-CoV-2 vaccines, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34191218/*
- PARK, Thrombosis and SARS-CoV-2 vaccines: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia, 01.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237213/*
- ANDRASKA et al., Three cases of acute venous thromboembolism in women after vaccination against COVID-19, 02.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213333X21003929*
- MICHELE et al., Malignant cerebral infarction after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: a catastrophic variant of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia, 02.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341358/*
- AKIYAMA et al., Immune thrombocytopenia associated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine BNT162b2, 04.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921002018*
- JASARAJ et al., Immune-mediated thrombocytopenic purpura after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in an elderly woman, 04.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513446/*
- LEE et al., Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the United Kingdom experience, 06.08.2021, *https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01788-8/fulltext*
- KAWANO et al., Cerebral venous vein/venous sinus thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination, 07.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373413/*
- CHOI et al., Intracerebral haemorrhage due to thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: the first fatal case in Korea, 09.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402235/*
- PAVORD et al., Clinical features of vaccine-induced thrombocytopenia and immune thrombosis, 11.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379914/*
- DOUXFILS et al., Fatal exacerbation of ChadOx1-nCoV-19-induced thrombotic thrombocytopenia syndrome after successful initial therapy with intravenous immunoglobulins: a rationale for monitoring immunoglobulin G levels, 12.08.2021, *https://www.researchgate.net/publication/353840936_Fatal_exacerbation_of_ChadOx1-nCoV-19-*
  in-

duced_thrombotic_thrombocytopenia_syndrome_after_initial_successful_therapy_with_intravenous_immunoglobulins_-_a_rational_for_monitoring_immunoglobulin_G_levels

- WIEST et al., A case of acute pulmonary embolism after immunization with SARS-CoV-2 mRNA, 14.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452028/*
- GANGI et al., Imaging and hematologic findings in thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca), 17.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402666/*
- VARAS et al., Venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19, 19.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420802/*
- BANERJEE et al., Immune-mediated thrombocytopenia associated with Ad26.COV2.S vaccine (Janssen; Johnson & Johnson), 20.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469919/*
- CHOI et al., Immune thrombocytopenia after vaccination during the COVID-19 pandemic, 26.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435486/*
- HIPPISLEY-Cox et al., Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and positive SARS-CoV-2 tests: self-controlled case series study, 26.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446426/*
- IBA et al., The roles of platelets in COVID-19-associated coagulopathy and vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (covid), 27.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1050173821000967*
- DALAN et al., Thrombosis after COVID-19 vaccination: possible link to ACE pathways, 28.08.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384821004369*
- TROGSTAD et al., Association between ChAdOx1 nCoV-19 vaccination and bleeding episodes: large population-based cohort study, 31.08.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479760/*
- ABOU Ismail et al., Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after Ad26.COV2.S vaccination in a man presenting as acute venous thromboembolism, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096082/*
- ALADDIN et al., Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with disseminated intravascular coagulation and death after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171649/*
- AMBROSETTI et al., COVID-19 vaccine-induced thrombosis, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34802488/*
- BARRAL et al., Thromboaspiration infusion and fibrinolysis for portomesenteric thrombosis after administration of AstraZeneca COVID-19 vaccine, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132839/*

- FAN et al., Cerebral venous thrombosis following BNT162b2 mRNA vaccination of BNT162b2 against SARS-CoV-2: a black swan event, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133027/*
- MAAYAN et al., Acquired thrombotic thrombocytopenic thrombocytopenic purpura: a rare disease associated with the BNT162b2 vaccine, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105247/*
- WILTING et al., Intracerebral hemorrhage and thrombocytopenia after AstraZeneca COVID-19 vaccine: clinical and diagnostic challenges of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, 01.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646685/*
- MELAS, "Portal vein thrombosis occurring after the first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in a patient with antiphospholipid syndrome", 03.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666572721000389*
- SYED et al., Central venous sinus thrombosis with subarachnoid hemorrhage after COVID-19 mRNA vaccination: are these reports merely coincidental, 03.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478433/*
- SOOKAROMDEE et al., COVID-19 vaccine, immune thrombotic thrombocytopenia, jaundice, hyperviscosity: concern in cases with underlying hepatic problems, 08.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509271/*
- ELRASHDY et al., Roots of autoimmunity of thrombotic events after COVID-19 vaccination, 09.09.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997221002160*
- ALALWAN et al., COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: a case series, 10.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34527501/*
- AL-SAMKARI et al., Transient thrombocytopenia with glycoprotein-specific platelet autoantibodies after vaccination with Ad26.COV2.S: case report, 14.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34516272/*
- MUIR et al., Report of the International Cerebral Venous Thrombosis Consortium on cerebral venous thrombosis after SARS-CoV-2 vaccination, 14.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462996/*
- SHARIFIAN -Dorche et al., Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after covid-19 vaccination; a systematic review, 15.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34365148/*
- FINSTERER et al., Peduncular, symptomatic cavernous bleeding after immune thrombocytopenia- induced SARS-CoV-2 vaccination, 16.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34549178/*

- ASMAT et al., A rare case of COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) affecting the venosplanchnic and pulmonary arterial circulation from a UK district general hospital, 17.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535492/*
- GARCÍA-AZORÍN et al., Delayed headache after COVID-19 vaccination: a warning sign for vaccine-induced cerebral venous thrombosis, 17.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535076/*
- PREMKUMAR et al., New portal vein thrombosis in cirrhosis: is thrombophilia exacerbated by vaccine or COVID-19, 18.09.2021, *https://www.jcehepatology.com/article/S0973-6883(21)00545-4/fulltext*
- CHEN et al., Australian and New Zealand approach to the diagnosis and treatment of vaccine- induced immune thrombosis and immune thrombocytopenia, 20.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34490632/*
- PURKAYASTHA et al., Rare case of COVID-19 vaccine-associated intracranial hemorrhage with venous sinus thrombosis, 23.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34556531/*
- LIN et al., Cerebral venous sinus thrombosis, pulmonary embolism, and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination in a Taiwanese man: a case report and review of the literature, 24.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34630307/*
- FLOWER et al., Acute ST-segment elevation myocardial infarction secondary to vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia (VITT), 27.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34580132/*
- CROSSETTE-THAMBIAH et al., Clinical and biological features of cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19, 29.09.2021, *https://jnnp.bmj.com/content/early/2021/09/29/jnnp-2021-327340*
- CHIANG et al., Myocardial infarction and azygos vein thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 in a hemodialysis patient, 30.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650896/*
- OKADA et al., Possible triggers of thrombocytopenia and/or hemorrhage by BNT162b2 vaccine, Pfizer-BioNTech, 30.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660652/*
- ABBATTISTA et al., Comparison of adverse drug reactions among four COVID-19 vaccines in Europe using the EudraVigilance database: Thrombosis in unusual sites, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34375510/*
- BHAN et al., An unusual presentation of acute deep vein thrombosis after Modern COVID-19 vaccine: case report, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790811/*
- CHENG, Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with Pfizer-BioNTech COVID-19 (BNT162b2), 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34595867/*

- CLARK et al., Early results of bivalirudin treatment for thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S, 01.10.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064421003425*
- GARNIER et al., Images of immune thrombotic thrombocytopenia induced by Oxford / AstraZeneca® COVID-19 vaccine, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33962903/*
- GÜRTLER et al., Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination: is the risk of thrombosis increased by intravascular administration of the vaccine, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34286453/*
- KOW et al., Cerebral venous thrombosis following COVID-19 vaccination, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045111/*
- SANGLI et al., Thrombosis with thrombocytopenia after messenger RNA vaccine - 1273, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181446/*
- STROBEL et al., Portal vein thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT) after Covid vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 01.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34598301/*
- FOUSSE et al., Case report: cerebral sinus vein thrombosis in two patients with Astra-Zeneca SARS- CoV-2 vaccine, 05.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34609603/*
- KEMPER et al., Successful treatment of vaccine-induced immune thrombotic thrombo-cytopenia in a 26-year-old female patient, 06.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614491/*
- VIOLI et al., Thrombosis in pre- and post-vaccination phase of COVID-19, 08.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650382/*
- RODRIGUEZ et al., Lethal vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocyto-penia (VITT) following announcement 26.COV2.S: first documented case outside the U.S., 09.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34626338/*
- CREA, Thrombosis in peripheral artery disease and thrombotic thrombocytopenia fol-lowing adenoviral COVID-19 vaccination, 14.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649281/*
- HOLM et al., Immune complexes, innate immunity and NETosis in ChAdOx1 vaccine-induced thrombocytopenia, 14.10.2021, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405870/
- HUSSAIN et al., Deep venous thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S in adult males, 14.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659839/*
- HWANG et al., Predictors of mortality in thrombotic thrombocytopenia after adenoviral COVID-19 vaccination: the FAPIC score, 14.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34545400/*

- YAMAGUCHI et al., Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with COVID-19 mRNA of BNT162b2, 14.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796065/*
- MONGALE et al., Vaccine-induced immune thrombosis and thrombocytopenia syndrome after adenovirus-vectored severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination: a new hypothesis on mechanisms and implications for future vaccine development, 18.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664303/*
- RODRÎGUEZ-Pardo et al., Thrombosis and thrombocytopenia syndrome causing isolated symptomatic carotid occlusion after COVID-19 Ad26.COV2.S vaccine (Janssen), 20.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34670287/*
- GIOVANE et al., Bilateral thalamic stroke: a case of COVID-19 (VITT) vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia or a coincidence due to underlying risk factors, 22.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820232/*
- MALAYALA et al., A case of idiopathic thrombocytopenic purpura after a booster dose of COVID-19 BNT162b2 vaccine (Pfizer-Biontech), 23.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820240/*
- HEKMAT et al., Potential risk of thrombotic events after COVID-19 vaccination with Oxford- AstraZeneca in women receiving estrogen, 25.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734086/*
- LIPPI et al., Cerebral venous thrombosis developing after vaccination. COVID-19: VITT, VATT, TTS and more, 25.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695859/*
- WATTS et al., Case series of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia in a London teaching hospital, 25.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34694650/*

1.14.6.3 Todesfälle: 4 Publikationen

436 Bis zum **26. Oktober 2021** erschienen zusätzlich folgende **4 «peer reviewte» Publikationen,** in welchen ein Zusammenhang zwischen dem Tod von geimpften Personen (inkl. Totgeburten) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- SHIMABUKURO et al., Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons, 17.06.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104983*
- EHRLICH et al., Biopsy-proven lymphocytic myocarditis after first COVID-19 mRNA vaccination in a 40-year-old man: case report, 06.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487236/*
- SCHNEIDER et al., Postmortem investigation of fatalities following vaccination with COVID-19 vaccines, 30.09.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591186/*

- WATCHMAKER et al., Brain death in a vaccinated patient with COVID-19 infection, 11.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34656887/*

2. Wirksamkeit

2.1. Erst- und Zweitimpfungen: Aktualisierte und fehlende Daten

437 Wie bereits vorn (N 189 ff., N 291 ff.) dargelegt, basierten die Angaben zur Wirksamkeit der Interimsresultate in den Zulassungsstudien auf einer sehr dünnen, fehlerhaften Datenlage und wurden überdies noch verzerrend durch Angabe der relativen Risikoreduktion dargestellt. Dies änderte sich auch nach einem knappen Jahr nicht – im Gegenteil:

2.1.1. Minimaler therapeutischer Nutzen bei blossen Bagatellereignissen

2.1.1.1 Pfizer: Fehlende Wirksamkeit bei «bestätigten COVID-Erkrankungen»

438 In den am 4. November 2022 publizierten *NEJM* (*New England Journal of Medicine*) «6-Monatsdaten» wurde basierend auf 81 Fällen in der Impfstoff- versus 873 Fällen in der Placebogruppe offiziell eine gegenüber der **initialen Wirksamkeit** von **95%** reduzierte, aber immer noch hohe **Wirksamkeit** von **91.3%** angegeben.[298] Auch hier wurde die Wirksamkeit erneut mittels Verwendung der RRR aufgebläht (dazu eingehend vorn N 196 ff.). Dass die in den Zulassungsstudien rapportierten Fallzahlen generell unverlässlich und fehlerhaft sind, weil u.a. in der Impfstoff- und Placebogruppe bei je > 1500 Fällen von symptomatischen Erkrankungen aus unerklärlichen Gründen gar kein PCR-Test durchgeführt worden war, wurde schon ausführlich dargelegt (vorn N 200 f.).

439 Es sei darauf hingewiesen, dass nur gerade bei rund 7% der Studienteilnehmer wirklich Daten über sechs Monate vorlagen. Bei 51% der Studienteilnehmer waren nur Daten über einen Follow-Up von vier bis deutlich weniger als sechs Monate nach der 2. Dosierung verfügbar, was doch die offizielle Bezeichnung «6-Monatsdaten»-Daten in Frage stellt.

2.1.1.2 Moderna: Keine aktualisierten Daten verfügbar

440 Wie bereits vorn (N 205 f.) dargelegt, basierten auch die Angaben zur Wirksamkeit für Spikevax® bereits in den 2-Monatsanalysen Zulassungsstudien auf sehr dünner Datenlage und wurden überdies noch verzerrt (RRR) dargestellt.

441 Die Endpunktereignisse («bestätigte COVID-Erkankungen» und «schwere COVID-Erkrankungen») in der aktuellsten im Mai 2022 verfügbaren Fachinformation von

[298] THOMAS et al., FN 232.

Spikevax® (Stand Januar 2022) entsprachen immer noch den 2-Monatsdaten und wurden bis dato nicht aktualisiert.[299] Dies ist im Rahmen eines «rollenden Zulassungsverfahrens» erstaunlich, da die Zulassungsstudie von Spikevax® im Juli 2020 initiiert wurde und Swissmedic im Zulassungsschreiben an Moderna darum gebeten hatte, Interimsresultate laufender Studien vorzu einzureichen (Beilage **3**, S. 9). Laut Art. 28 Arzneimittelverordnung (VAM) ist die Zulassungsinhaberin verpflichtet, die Arzneimittelinformation laufend und unaufgefordert dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik sowie neuen Ereignissen und Bewertungen anzupassen.

2.1.2. Kein ausgewiesener therapeutischer Nutzen bei «schweren» Erkrankungen

442 Die fehlende Wirksamkeit der COVID-«Impfungen» für schwere COVID-Erkrankungen, welche sich bereits in den 2-Monatsdaten der Zulassungsstudien gezeigt hatte, bestätigte sich auch anhand der 6-Monatsdaten – auch wenn die Hersteller abermals in irreführender Weise Gegenteiliges verkündeten:

2.1.2.1 Pfizer: Fehlende Wirksamkeit bei «schweren COVID-Erkrankungen»

443 Offenkundig wird die durch Swissmedic einmal mehr unterstützte unwissenschaftliche und falsche Darstellung der Wirksamkeit hinsichtlich «schwerer COVID-Erkrankungen» bei Betrachtung der betreffend «6-Monatsdaten», publiziert im *New England Journal of Medicine* (*NEJM*)[300], aktualisierten Fachinformation von Comirnaty®[301]:

444 Die ursprünglich deklarierte Wirksamkeit von 66.4%[302] (2-Monatsdaten) betreffend Verhinderung von schweren Krankheitsverläufen soll neu auf «95–100%» angestiegen sein, weil gemäss «6-Monatsdaten» für die Impfstoffgruppe 1 und für die Placebogruppe 30 **«schwere COVID-Erkrankungen»** ausgewiesen wurden. Hieraus wird eine Wirksamkeit von ganzen 96.7% abgeleitet – wiederum basierend auf der relativen Risikoreduktion (RRR). Die massgebliche absolute Risikoreduktion (**ARR**) beträgt aber gerade einmal **0.1%**. Vor diesem Hintergrund müssen die in der Fachinformation **aktualisierten Wirksamkeitsangaben zur Verhinderung von «schweren COVID-Erkrankungen»** einmal mehr als **unwissenschaftlich und irreführend** eingestuft werden.

445 Warum sich die Wirksamkeit von Comirnaty® bei den «bestätigten COVID-Erkrankungen» verschlechterte, bei den «schweren COVID-Erkrankungen» aber deutlich verbessert haben soll, ist rational nicht erklärbar.

---

299 Swissmedicinfo, FN 71.
300 THOMAS et al., FN 232.
301 Swissmedicinfo, FN 48.
302 Internet archive, FN 140.

2.1.2.2 *Moderna: Keine aktualisierten Daten verfügbar*

446 Zu Spikevax® lagen bis Ende 2021 auch unter diesem Titel keine neuen Daten vor.

2.1.3. Internationale Studien: Wirksamkeitsangaben der Hersteller unhaltbar

447 Bereits einige Monate nach der ersten befristeten Zulassung der COVID-«Impfstoffe» wurden Studien publiziert, welche die angeblich hohe Wirksamkeit von über 90% offen in Frage stellten.

2.1.3.1 *Wirksamkeit fällt auf 23%*

448 Eine gross angelegte Untersuchung in Kalifornien, wo von Juni bis August 2021 869 Proben von nasalen Abstrichen untersucht wurden, zeigte, dass die Viruslast, gemessen am Ct-Wert, bei Personen, die mit SARS-Cov-2 infiziert waren, bei «Geimpften» und «Ungeimpften» vergleichbar war. Mehr als 20 % der positiv getesteten «geimpften» Personen, wiesen eine hohe Viruslast auf (Ct-Werte <20).[303]

449 Eine israelische Studie kam im Juli 2021 zum Schluss, dass der «Impfstoff» nur noch zu 64% vor COVID-Infektionen schützte.[304] Im September 2021 wurde in einer schwedischen Studie ermittelt, dass der – angebliche – Schutz durch Comirnaty® noch «bei mageren 23 Prozent» lag.[305]

2.1.3.2 *Mythos des «jahrelangen Schutzes»*

450 Ein gleichermassen falsches Bild zeichneten die Medien hinsichtlich der Wirkungsdauer der – angeblichen – Immunisierung durch die «COVID-Impfstoffe»: Im Juni 2021 wurde von einem «jahrelangen Schutz nach Impfung» fabuliert, welcher die Notwendigkeit einer «Auffrischung» praktisch ausschliessen würde.[306] Im August 2021 wurde gar noch eins draufgesetzt: «Immunität gegen Corona hält wahrscheinlich Jahrzehnte!», titelte die deut-

---

303 ACHARYA et al., «No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant», Preprint vom 05.10.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264262v2*.

304 Handelsblatt, «Israelische Studie sorgt für Verunsicherung: Wie wirksam ist der Biontech-Impfstoff?», 07.07.2021, *https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/corona-impfung-israelische-studie-sorgt-fuer-verunsicherung-wie-wirksam-ist-der-biontech-impfstoff/27397486.html*.

305 MDR, «Schwedische Studie – Kaum noch Infektionsschutz nach halbem Jahr – wie lange wirken die einzelnen Corona-Impfstoffe?», 15.11.2021, *https://www.mdr.de/brisant/corona-impfstoff-wirksamkeit-100.html*.

306 Bild, «Hammer-Studie zu Moderna und Biontech – Jahrelanger Schutz nach Impfung!», 29.06.2021, *https://www.bild.de/ratgeber/gesundheit/gesundheit/hammer-studie-aus-den-usa-forscher-sicher-jahrelanger-schutz-nach-diesen-beiden-76908882.bild.html*.

sche «Bild».[307] Und schon im Dezember 2021 wurde durch BioNTech Gründer Uğur Şahin verkündet, dass es «sinnvoll [sei], bereits nach drei Monaten einen Booster anzubieten».[308] Die Wende von einem (offenkundig nie gegebenen) jahrzehntelangen Schutz hin zu einem (angeblichen) Dreimonatsschutz vollzog sich damit innert weniger Monate. Im März 2022 plante der Bundesrat sogar bereits die vierte «Impfung».[309]

2.2. «Booster»: Fehlende oder unzureichend nachgewiesene Wirksamkeit

2.2.1. «Booster» von Beginn an eingeplant

451 **Bereits vor Zulassung der COVID-«Impfstoffe»** im Dezember 2020 **zeichnete sich ab**, **dass** die Grundimmunisierung mit zwei Impfstoffdosen nicht ausreichen würde und **die Zulassungsinhaber Auffrischimpfungen planten**. Im Schreiben *«Zulassungsverfügung»* vom 21.01.2021 schrieb Swissmedic an Moderna: «*Moderna is considering additional booster doses of mRNA-1273 with ongoing clinical trials to assess safety and immunogenicity endpoints. Given that at this point the duration of protection and the potential need for boosting doses is unknown, Swissmedic would like Moderna to keep Swissmedic informed through submission of protocol amendments and SAPs.*» (Beilage **3**, S. 12).

2.2.2. Datenlage «Booster»: Unzureichende Studien und irreführende Berechnungen

2.2.2.1 Pfizer: Comirnaty®

452 Für Comirnaty® wurde die Wirksamkeit einer Auffrischimpfung in drei Studien untersucht:

453 In Studie 1 wurde im Rahmen einer laufenden randomisierten Studie rund 8 Monate nach der 2. Dosis bei 11 Studienteilnehmern im Alter von 18 - 55 Jahren und bei 12 Studienteilnehmern im Alter von 65 bis 85 Jahren ein «Booster» verabreicht. Es konnte gezeigt werden, dass die Antikörper-Spiegel 4 Wochen nach dem Booster deutlich anstiegen. Daten zum längerfristigen Verlauf der Antikörper-Spiegel fehlen. Auch wurde in dieser Studie nicht untersucht, ob das Ansteigen der Antikörper mit weniger (schweren) CO-

---

[307] Bild, «Immunologe macht Hoffnung – Immunität gegen Corona hält wahrscheinlich Jahrzehnte!», 06.08.2021, *https://www.bild.de/bild-plus/ratgeber/2021/ratgeber/immunologe-immunitaet-gegen-corona-haelt-wahrscheinlich-jahrzehntelang-77295636*.

[308] FAZ, «Biontech-Gründer Uğur Şahin – ‹Sinnvoll, bereits nach drei Monaten einen Booster anzubieten›», 09.12.2021, *https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/booster-ugur-sahin-fuer-corona-auffrischung-nach-drei-monaten-17676684.html*.

[309] 20Minuten, «Bundesrat plant vierte Impfung – Spätestens im Herbst soll eine weitere Auffrischimpfung aktuell werden», 31.03.2022, *https://www.20min.ch/story/massnahmen-weg-bundesrat-plant-vierte-impfung-956907760824*.

VID-Erkrankungen im Verlauf verbunden war. Es ist unverständlich, weshalb der Verlauf der Antikörperspiegel nur bei insgesamt 23 Studienteilnehmern untersucht wurde.[310]

454 Bei Studie 2 handelt es sich um eine retrospektive Analyse einer israelischen Gesundheitsdatenbank, welche die Daten von 1'137'804 Personen (>60 Jahre) über einen Zeitraum von vier Wochen (30. Juli bis 31. August 2021) untersucht hatte. Die Anzahl der «COVID-Fälle» waren 12 Tage nach dem «Booster» um Faktor 11, und die der schweren «COVID-Fälle» um Faktor 19 niedriger bei den Geboosterten als bei den doppelt Geimpften.[311] Der Untersuchungs-Zeitraum von gerade einmal vier Wochen ist in dieser Studie selbstverständlich deutlich zu kurz für eine abschliessende Beurteilung der Wirksamkeit einer Auffrischimpfung. Retrospektive Beobachtungsstudien wie diese Gesundheitsdatenbankanalyse sind anfällig für systematische Verzerrungen. Sie können zu fehlerbehafteten Ergebnissen führen. Wenn immer möglich, sollte eine Fragestellung deshalb mittels einer prospektiven randomisierten Studie untersucht werden. Es ist absolut unüblich, Zulassungen basierend auf Datenbankanalysen zu erteilen.[312]

455 In Studie 3 wurde im Rahmen einer placebokontrollierten Studie bei rund 10'000 Teilnehmenden ab 16 Jahren das Auftreten bestätigter COVID-19-Fälle untersucht, die im Zeitraum von mindestens 7 Tagen nach der Auffrischimpfung bis zum Datenstichtag am 5. Oktober 2021 angefallen waren, was einer medianen Nachbeobachtungszeit von 2.5 Monaten entspricht. In der Impfstoffgruppe traten bei 6/4'695 (0.1%) und in der Placebogruppe bei 123/4'671 (2.6%) Studienteilnehmern eine «bestätigte COVID-Erkrankung» auf. Auf diesen Zahlen basierend wird in der Fachinformation eine (relative) Wirksamkeit von 95% proklamiert, die absolute Risikoreduktion liegt bei lediglich 2.5%.[313]

2.2.2.2 Moderna: Spikevax®

456 Für Spikevax® wurde die Wirksamkeit einer Auffrischimpfung im Rahmen einer laufenden randomisierten Studie untersucht: 149/198 Studienteilnehmern erhielten mindestens 6 Monate nach der 2. Dosis eine einzelne Auffrischdosis, welche sich am Tag 29 nach ihrer

---

310 FALSEY et al., «SARS-CoV-2 Neutralization with BNT162b2 Vaccine Dose 3», 21.10.2021, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2113468?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*.

311 BAR-ON et al., «Protection of BNT162b2 Vaccine booster against Covid-19 in Israel», 15.09.2021, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2114255?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*.

312 Ärzteblatt, «Vermeidung verzerrter Ergebnisse in Beobachtungsstudien», 09.10.2009, *https://www.aerzteblatt.de/archiv/66222/Vermeidung-verzerrter-Ergebnisse-in-Beobachtungsstudien*.

313 Swissmedicinfo, FN 48.

Verabreichung als «immunogen und nicht unterlegen» gegenüber der Immunogenität, die am Tag 57 nach der 2. Dosis der Grundimmunisierung belegt wird, zeigte.[314]

457 **Es wurde nicht untersucht, ob die Antikörperspiegel längerfristig aufrecht erhalten blieben und ob im Verlauf nach der Auffrischimpfung auch weniger (schwere) COVID-Erkrankungen im Vergleich zu doppelt Geimpften bzw. Ungeimpften auftraten.**

458 Die Datenlage, die zur Belegung der Wirksamkeit einer Auffrischimpfung für die mRNA-Impfstoffe vorgelegt wurde, muss insgesamt als völlig ungenügend betrachtet werden. Es ist nicht nachvollziehbar, wie Swissmedic basierend auf diesen Daten eine Zulassung für die «Booster»-Impfungen erteilen konnte.

2.2.2.3 Zwischenfazit: Zulassung des «Boosters» verantwortungslos

459 Dass Swissmedic basierend auf dieser völlig ungenügenden Datenlage der Zulassung des «Boosters» zustimmte, scheint in Anbetracht der Risiken, die mit den COVID-«Impfstoffen» zum Zeitpunkt dieser Indikationserweiterung bekannt waren, abstrus. Dies, zumal der «Booster» wiederum allen (gesunden) Personen ab 16 Jahren (Comirnaty®) resp. 18 Jahren (Spikevax®) und allen «besonders gefährdeten» Personen ab 12 Jahren präventiv verabreicht werden sollte[315] für eine Erkrankung, von der für den Grossteil dieser Zielgruppe zum Zeitpunkt der Indikationserweiterung klar erkennbar noch weniger eine Gefahr ausgeht als zu Beginn der Pandemie (dazu N 633 ff., N 648 ff., N 670 ff.). Es muss davon ausgegangen werden, dass sich das Risiko für Nebenwirkungen mit jeder zusätzlichen Dosis vervielfacht.[316]

460 Indem Swissmedic die wiederholten Dosen der COVID-«Impfstoffe» trotz sich mittlerweile weltweit abzeichnender gravierender Sicherheitssignale bewusst zugelassen hat, ist sie ihrer gesetzlichen Pflicht, die Schweizer Bevölkerung vor Risiken im Zusammenhang mit Arzneimitteln zu schützen, nicht nachgekommen.

---

[314] Internet archive, «Fachinformation Spikevax», Stand 11.2021, *https://web.archive.org/web/20220112130026/https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68267*.

[315] Internet archive, FN 314; Internet archive, FN 140.

[316] Doctors for COVID Ethics, «The danger of booster shots and COVID-19 “vaccines”: boosting blood clots and leaky vessels», 17.09.2021, *https://doctors4covidethics.org/boosting-blood-clots-and-leaky-vessels-the-dangers-of-covid-19-vaccines-and-booster-shots/*.

2.2.3. «3. Dosis Immunsupprimierte»: Kein relevanter Wirksamkeitsnachweis erbracht

2.2.3.1 Pfizer: Comirnaty®

461 Datengrundlage für die 3. Dosis bei Immunsupprimierten ist für Comirnaty® eine retrospektive Beobachtungsstudie in Frankreich mit 101 immunsupprimierten organtransplantierten Patienten, welche zeigte, dass nach der 2. Dosis 40% der untersuchten Patienten Antikörper (AK) gegen SARS-CoV-2 hatten, vier Wochen nach der 3. Dosis stieg dieser Anteil nur wenig an und lag dann bei 68%. Es sind keine Informationen dazu verfügbar, ob die AK-Spiegel auch über vier Wochen hinaus stabil blieben.[317]

2.2.3.2 Moderna: Spikevax®

462 Bei Spikevax® wurde in einer randomisierten Studie mit 120 immunsupprimierten Organtransplantierten untersucht, wie sich die Antikörperspiegel entwickelten, wenn eine 3. Dosis (n=60) versus eine Placebolösung (n=60) verabreicht wurde. Ein «signifikanter» Anstieg der Spiegel von SARS-CoV-2-Antikörpern trat vier Wochen nach der 3. Dosis bei lediglich 55 % der Personen der Impfstoff-Gruppe und bei 17.5 % der Personen der Placebo-Gruppe auf.[318] Die Methodik einer Nachweistechnik, mit der auch 17.5% der Studienteilnehmer in der Placebogruppe einen Antikörperanstieg aufzeigen, erscheint doch fragwürdig.

2.2.3.3 Zusammenfassung zur Wirksamkeit einer 3. Dosis bei Immunsupprimierten

463 Bei beiden COVID-«Impfstoffen» führte eine 3. Dosis bei einem nennenswerten Anteil der Organtransplantierten (32% Comirnaty® 45% Spikevax®) zu keinem erhöhten Antikörperspiegel. Für beide Impfstoffe ist nicht bekannt, ob und inwieweit ein Anstieg der Antikörper auf SARS-CoV-2 mit dem Verhindern von (schweren) COVID-Erkrankungen assoziiert ist. In den Phase 3-Studien war eine immunsupprimierende Therapie ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie.[319]

464 Die unsichere Datenlage zur Wirksamkeit bei Immunsupprimierten wurde in der Fachinformation von Spikevax® mit folgendem Satz festgehalten: «*Obwohl es keine direkten Beweise dafür gibt, dass die Fähigkeit zur Bildung von Antikörpern bei diesen Patienten*

---

317 KAMAR et al., «Three doses of mRNA Covid-19 Vaccine in solid-organ transplant recipients»,12.08.2021, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2108861?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*.

318 FN 314.

319 Pfizer sowie Internet archive, FN 85.

vor schweren COVID-19-Erkrankungen schützt, wird davon ausgegangen, dass die zusätzliche Dosis den Schutz zumindest bei einigen Patienten erhöhen könnte.»[320]

465 In den bis dato aktuellen Fachinformationen von Spikevax® und Comirnaty® findet sich immer noch der folgende Hinweis hinsichtlich des nicht oder nur mangelhaft erbrachten Nachweises für die Wirksamkeit bei Immunsupprimierten: «*Die Wirksamkeit, Sicherheit und Immunogenität des Impfstoffs wurden bei immungeschwächten Personen, einschliesslich Personen unter immunsuppressiver Behandlung, nicht untersucht. Die Wirksamkeit des Impfstoffs kann bei immunsupprimierten Personen verringert sein.»*[321]

466 Die Englische Zulassungsbehörde *MHRA* (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) wies Immunsupprimierte explizit darauf hin, dass auch nach der 3. Dosis physikalische Schutzmassnahmen anwenden sollten, da die durch die «Impfung» generierte Immunität ungenügend sei: «*If you are immunocompromised and receive an additional dose of mRNA Vaccine BNT162b2, it may still not provide full immunity to COVID-19 and you should continue to maintain physical precautions to help prevent COVID-19.*»[322]

467 Die Datenlage, die zur Belegung der Wirksamkeit einer «3. Dosis bei Immunsupprimierten» vorgelegt wurde, muss insgesamt als wenig solide und ungenügend betrachtet werden. Es ist unverständlich, wie Swissmedic einer Zulassung zustimmen konnte und somit vulnerable organtransplantierte und aus anderen Gründen immunsupprimierte Patienten den Risiken der genbasierten «Impfung» aussetzte, ohne dass offensichtlich ein relevanter Nutzen nachgewiesen worden war.

2.2.3.4 Widersprüchliche Dosierung Auffrischimpfung und 3. Dosis Comirnaty® versus Spikevax®

468 Bei Comirnaty® wird für die Auffrischimpfung («Booster») und die 3. Dosis bei Immunsupprimierten die gleiche Dosierung (0.3ml entsprechend 30µg mRNA) wie bei der Grundimmunisierung empfohlen.[323]

469 Bei Spikevax® wird die Grundimmunisierung mit 0.5ml (entsprechend 100µg mRNA) durchgeführt. Für die Auffrischimpfung («Booster») wird die halbe Dosierung (0.25ml ent-

320 Internet archive, FN 314.
321 Swissmedicinfo, FN 71; Swissmedicinfo, FN 48.
322 MHRA, «Information for UK recipients on Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine (Regulation 174)», 24.05.2022, *https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19/information-for-uk-recipients-on-pfizerbiontech-covid-19-vaccine*.
323 Internet archive, FN 140.

sprechend 50µg mRNA), für die 3. Dosis bei Immunsupprimierten die volle Dosierung (0.5ml entsprechend 100µg mRNA) empfohlen.[324]

470 Diese abweichenden Dosierungskonzepte für die Auffrischimpfung resp. die dritte Dosierung bei Immunsupprimierten bei den beiden COVID-«Impfstoffen» sind aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht inkonsistent und nicht nachvollziehbar.

2.2.3.5 Zwischenfazit

471 Die Datenlage für die Auffrischimpfung und die 3. Dosis bei Immunsupprimierten ist insgesamt dünn und wenig überzeugend. Für keine der untersuchten Zielgruppen wurde eine relevante Wirksamkeit belegt. Dass Swissmedic basierend auf dieser völlig ungenügenden Datenlage der raschen Zulassung der 3. Dosis bei Immunsupprimierten zugestimmt hat, scheint in Anbetracht der Risiken, die mit den COVID-«Impfstoffen» zum Zeitpunkt dieser Indikationserweiterung bekannt sind, grotesk.

2.3. Kinder ab 5 Jahre: Fehlende Wirksamkeit COVID-«Impfung»

2.3.1. Minimaler therapeutischer Nutzen bei blossen Bagatellereignissen

472 In der Zulassungsstudie von Comirnaty®, welche die Wirksamkeit bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren untersuchte, trat bei 3/1517 (0.2%) Kindern in der Impfstoffgruppe und bei 16/751 (2.1%) Kindern in der Placebogruppe eine «bestätigte COVID-Erkrankung» auf.[325] Aus diesen Zahlen leitete sich eine absolute Risikoreduktion (ARR) von 1.9% ab. Hieraus ergab sich, dass 53 Kinder geimpft, d.h. dem Risiko eines unausgereiften mRNA-«Impfstoffes» ausgesetzt werden mussten («*NNTV*», «*number needed to vaccine*»), um ein Bagatell-Ereignis wie z.B. Hals- oder Kopfschmerzen in Kombination mit einem positiven PCR-Test zu verhindern.

2.3.2. Keinerlei Daten für «schwere» Erkrankungen

473 Bei den 5 bis 11-Jährigen traten, wie auch bei den Jugendlichen ab 12 Jahren, in den Zulassungsstudien keine «schweren COVID-Erkrankungen» auf.[326] Die COVID-19-«Impfung» von Pfizer/BioNTech hat somit keine Wirksamkeit gegen schwere Erkrankungen zeigen können. Diese Tatsache, dass bei Kindern in der Phase 3-Studie keine

---

[324] Internet archive, FN 314.

[325] WALTER et al., «Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age», 06.01.2022, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2116298?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed*.

[326] Siehe bereits Quelle(n) in ALI et al., FN 211; FRENCK et al., FN 212 und WALTER et al., FN 325.

schweren «COVID-Erkrankungen» auftreten, widerspiegelt die Realität, wo ebenfalls kaum schwere Krankheitsverläufe im Zusammenhang mit einer Erkrankung mit dem SARS-CoV-2-Virus beobachtet werden.

474 Swissmedics Äusserung in ihrer Kommunikation «*Die fortlaufende Zulassungsstudie mit über 1'500 Teilnehmenden zeigt, dass der Covid-19 Impfstoff bei 5 bis 11-Jährigen schwere, durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgerufene Krankheitsverläufe praktisch vollständig verhindern kann*» (N 20) war einmal mehr aus dem Vakuum gegriffen und grob irreführend, da die Zulassungsstudie keine Daten enthielt, die solch eine Schlussfolgerung stützten.

2.3.3. Fazit

475 Die Zulassungsstudien von Comirnaty® haben bei Kindern von 5 bis 11 Jahren keine relevante Wirksamkeit gezeigt. Da Daten bereits ab 2020 belegten, dass Kinder nicht schwer an COVID erkranken, im Falle einer Erkrankung eine langanhaltende Immunität generieren und dass sie im Falle einer Infektion Erwachsene keinem erhöhten Risiko für eine Erkrankung oder Hospitalisation aussetzen (hinten N 687 ff.), war bereits vor der Erteilung der befristeten Zulassung offensichtlich, dass die COVID-«Impfung» für Kinder mit keinem Nutzen verbunden sein kann.

476 Eine ausführliche Stellungnahme dreier Autoren von der Universität Wageningen in Holland, der Johns Hopkins Universität in Baltimore und der Oxford-Universität in England, welche am 16.2.2022 zur Publikation eingereicht wurde, kam zum Schluss, dass die **COVID-«Impfung» von gesunden Kindern aus ethischen Gründen nicht gerechtfertigt** werden könne, da die **Risiken** den minimalen Nutzen **überwögen**.[327]

477 Die Bedingungen für eine befristete Zulassung von Comirnaty® waren somit schon rein formal nicht erfüllt. Da sich bei den Jugendlichen ab 12 Jahren im Zusammenhang mit der Anwendung der COVID-«Impfstoffe» bereits vor Erteilung der Zulassung für Kinder von 5 bis 11 Jahren in den weltweit erfassten Verdachtsfällen von Nebenwirkungen gravierende Risiken mit schwerwiegenden Ereignissen und Todesfällen abzeichneten (dazu vorn N 352, N 369 ff., N 427 f.), setzte Swissmedic Kinder ab 5 Jahren durch die Zulassung von Comirnaty® bewusst und willentlich einem hohen Risiko aus, da die «Impfung» nachgewiesenermassen nicht nützen, sondern nur schaden kann.

[327] KRAAIJEVELD et al., «Against COVID-19 vaccination of healthy children», 16.02.2022, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bioe.13015*.

2.4. Infektion mit SARS-CoV-2 schützt vor Re-Infektion (Fortsetzung)

478 In Ergänzung zu den zuvor (N 298) aufgeführten 37 Publikationen kamen bis ca. Ende 2021 **mindestens weitere 24 Publikationen und Pre-Print-Publikationen** zu dem Ergebnis, dass eine durchgemachte Erkrankung eine breite und langanhaltende Immunantwort erzeugt bzw. mindestens gleich gut oder gar besser vor einer COVID-Erkrankung schützt als die «Impfung»:

- LYSKI et al., SARS-CoV-2 specific memory B-cells from individuals with diverse disease severities recognize SARS-CoV-2 variants of concern, 03.06.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.28.21258025v1.full*
- NIELSEN et al., SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity, 04.06.2021, *https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00203-6/fulltext*
- LAFON et al., Potent SARS-CoV-2-Specific T Cell Immunity and Low Anaphylatoxin Levels Correlate With Mild Disease Progression in COVID-19 Patients, 14.06.2021, *https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.684014/full#B14*
- WANG et al., Naturally enhanced neutralizing breadth against SARS-CoV-2 one year after infection, 14.06.2021, *https://www.nature.com/articles/s41586-021-03696-9*
- JUNG et al., SARS-CoV-2-specific T cell memory is sustained in COVID-19 convalescent patients for 10 months with successful development of stem cell-like memory T cells, 30.06.2021, *https://www.nature.com/articles/s41467-021-24377-1?utm_source=other&utm_medium=other&utm_content=null&utm_campaign=JRCN_1_LW01_CN_natureOA_article_paid_XMOL*
- LETIZIA et al., SARS-CoV-2 seropositivity and subsequent infection risk in healthy young adults: a prospective cohort study, 01.07.2021, *https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00158-2/fulltext*
- WEI et al., Anti-spike antibody response to natural SARS-CoV-2 infection in the general population, 05.07.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.02.21259897v1*
- KOJIMA et al., Incidence of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection among previously infected or vaccinated employees, 08.07.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.03.21259976v2.full.pdf+html*
- PETERSEN et al., SARS-CoV-2 Natural Antibody Response Persists for at Least 12 Months in a Nationwide Study From the Faroe Islands, 15.07.2021, *https://academic.oup.com/ofid/article/8/8/ofab378/6322055?login=false*

- SURESHCHANDRA et al., Single cell profiling of T and B cell repertoires following SARS-CoV-2 mRNA vaccine, 15.07.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.07.14.452381v1*
- MISHRA et al., Natural immunity against COVID-19 significantly reduces the risk of reinfection: findings from a cohort of sero-survey participants, 19.07.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.19.21260302v1*
- COHEN et al., Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells, 20.07.2021, *https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00203-2#%20*
- RANK et al., One Year after Mild COVID-19: The Majority of Patients Maintain Specific Immunity, But One in Four Still Suffer from Long-Term Symptoms, 27.07.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362088/*
- CHO et al., Antibody Evolution after SARS-CoV-2 mRNA Vaccination, 29.07.2021, *https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.07.29.454333v1*
- DEHGANI-MOBARAKI et al., Longitudinal observation of antibody responses for 14 months after SARS-CoV-2 infection, 31.07.2021, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521661621001510*
- WANG et al., Ultrapotent antibodies against diverse and highly transmissible SARS-CoV-2 variants, 13.08.2021, *https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abh1766*
- GAZIT et al., Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections, 25.08.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1.full.pdf+html*
- WADMAN, Having SARS-CoV-2 once confers much greater immunity than a vaccine-but vaccination remains vital, 26.08.2021, *https://www.science.org/content/article/having-sars-cov-2-once-confers-much-greater-immunity-vaccine-vaccination-remains-vital*
- CHIVESE et al., The prevalence of adaptive immunity to COVID-19 and reinfection after recovery – a comprehensive systematic review and meta-analysis of 12 011 447 individuals, 17.09.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.03.21263103v3.full.pdf+html*
- SHENAI et al., Equivalency of Protection from Natural Immunity in COVID-19 Recovered Versus Fully Vaccinated Persons: A Systematic Review and Pooled Analysis, 21.09.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.12.21263461v1*
- HAVERI et al., Persistence of neutralizing antibodies a year after SARS-CoV-2 infection in humans, 27.09.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eji.202149535*

- ZHANG et al., One-year sustained cellular and humoral immunities in coronavirus disease 2019 (COVID-19) convalescents, 05.10.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab884/6381561?login=false#.YWGhCytQ_Hc.twitter*
- ISRAEL et al., Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection, 31.12.2021, *https://www.mdpi.com/2076-393X/10/1/64*
- SHRESTHA et al., Necessity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination in Persons Who Have Already Had COVID-19, 13.01.2022, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciac022/6507165?login=false*

IV. Wissensstand ab 2022 («Omikron-Variante»)

1. Allgemeinnotorische Risiken

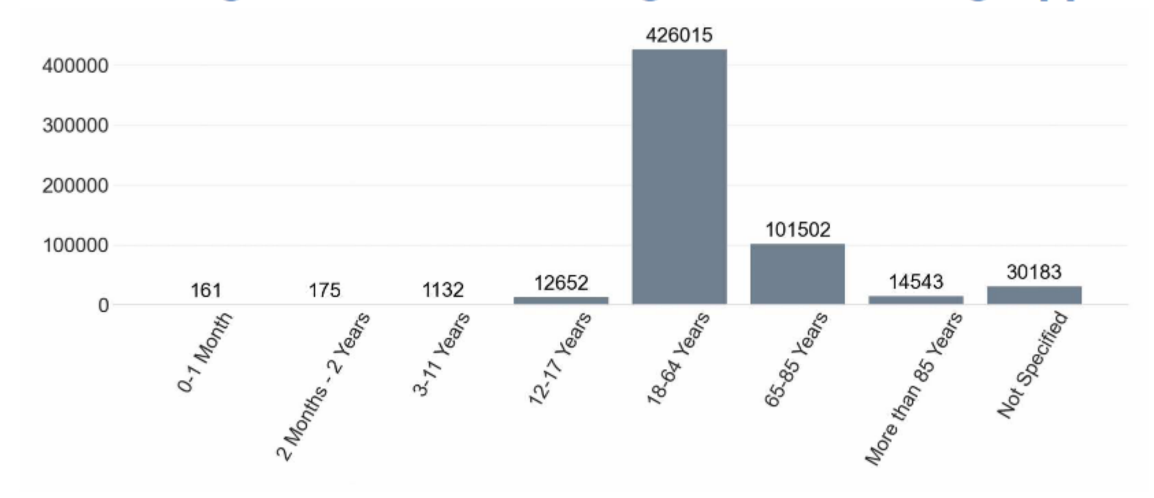
1.1. Weltweite Meldungen über Nebenwirkungen auf Höchstständen

1.1.1. Nebenwirkungen aller COVID-19-«Impfstoffe»

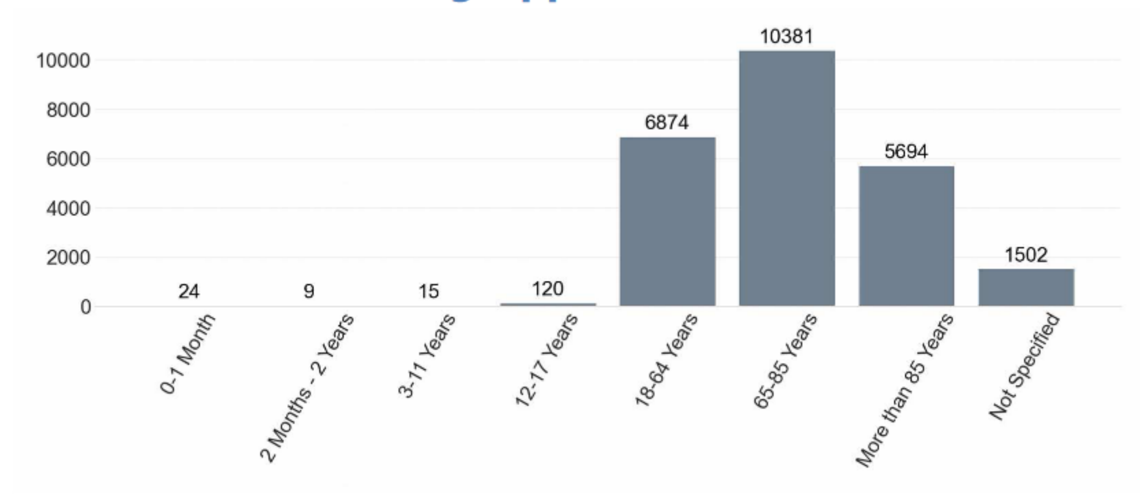
1.1.1.1 EU-Raum: 24'619 Todesfälle, 1.8 Mio. Nebenwirkungsmeldungen

479 Von der *EMA* wurden per 6.5.2022 **1.8 Mio Verdachtsfälle von Nebenwirkungen** vermeldet, 586'363 Fälle hiervon wurden als schwerwiegend eingestuft, es **wurden 24’619 Todesfälle** im Zusammenhang mit einer COVID-«Impfung» registriert. 168 Todesfälle traten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, 6874 Todesfälle bei 18 bis 64-Jährigen, 16'075 bei über 64-Jährigen. In 1502 Fällen waren keine Angaben zum Alter verfügbar (Beilage **18**, S. 9, 11, 13, 17):

Schwerwiegende Nebenwirkungen nach Altersgruppen

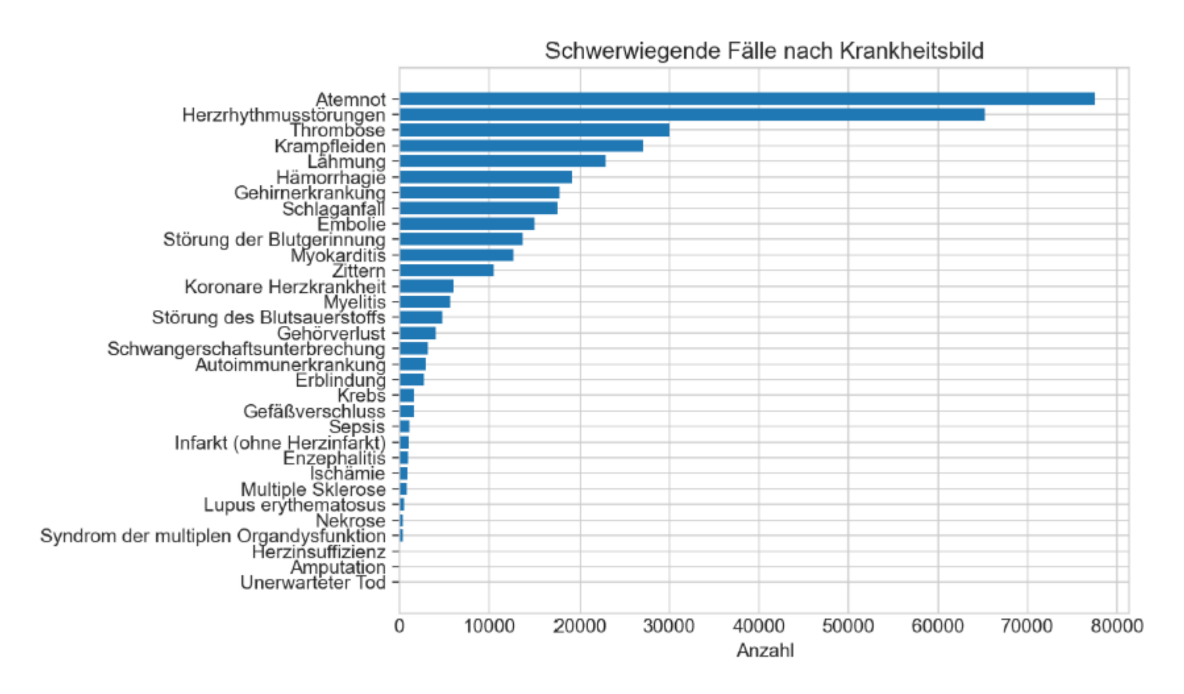


Todesfälle nach Altersgruppen



BO: Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen,
Stand 06.05.2022

480 Zu den **häufigen schweren Nebenwirkungen** zählten **Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Krämpfe, Lähmungen, Blutungen, Hirnerkrankungen, Schlaganfälle, Embolien, Störungen der Blutgerinnung, Myokarditis, Zittern, koronare Herzerkrankungen, Myelitis** (Rückenmarksentzündung), **Hörverluste**, **Erblindungen**, **Autoimmunerkrankungen, Krebs und Schwangerschaftsabbrüche** (Beilage **19**, S. 25):



BO: Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 06.05.2022

1.1.1.2 USA: 27'968 Todesfälle, 2.1 Mio. Nebenwirkungsmeldungen

481 Die US-Datenbank «*Open VAERS*» erstellt und pflegt ihre eigene Datenbasis mit Datensätzen, die regelmäßig von der offiziellen *VAERS*-Webseite heruntergeladen werden. Zwischen den Zahlen der von der offiziellen *VAERS*-Website und der *Open VAERS*-Website gemeldeten unerwünschten Ereignisse wurden grosse Differenzen beobachtet, welche u.a. darauf zurückgeführt wurden, dass auf der *VAERS*-Webseite ein relevanter Anteil von Datensätzen gelöscht wurde.[328]

482 *Open VAERS* gab per 6.5.2022 **2.1 Millionen Verdachtsfälle** von Nebenwirkungen, 155'633 Hospitalisationen und **27'968 Todesfälle** im Zusammenhang mit einer COVID-19-«Impfung» an.[329]

1.1.2. Datengrundlagen

483 Anhand der periodischen «Updates» von Swissmedic (bis 06.05.2022) sowie der amerikanischen und europäischen Datenbanken (bis 14.05.2022) ergibt sich folgende Anzahl Nebenwirkungen (alle, schwerwiegende/ernste/ernste, Todesfälle):[330]

---

328 VAERS ANALYSIS, «Are VAERS records for Covid-19 Vaccines being deleted every week???», 10.06.2021, *https://vaersanalysis.info/2021/06/10/are-vaers-records-being-deleted-every-week/*.

329 OPEN VAERS, Stand 10.06.2022, *https://openvaers.com/*; vgl. vorn VAERS, FN 153.

	CH	Kinder (CH)	EU	Kinder (EU)	USA	Kinder (USA)
Comirnaty	3.843		769.604	21.800	374.598	33.216
Ernst Comirnaty	1.957		186.592	6.251	137.059	9.519
Todesfälle Comirnaty			7.871	50	5.888	47
Spikevax	8.564		210.207	1.763	369.936	8.306
Ernst Spikevax	3.003		35.767	404	107.997	335
Todesfälle Spikevax			1.026	4	5.386	8
Insgesamt Comirnaty+ Spikevax	15.228	196	980	24	745	42
Schwerwiegend/ Ernst	5.713		222	410	245	345
Todesfälle	210		9	54	11	55
Impfdosen Comirnaty	5.828.328		587.964.352		253.826.942	
Impfdosen Spikevax	9.813.888		146.934.492		151.481.614	
Comirnaty+ Spikevax / Mio	973,5		1.333,3		1.837,0	
Schwerwiegend/ Ernst / 1Mio	365,2		302,6		604,6	
Todesfälle / Mio	13,4		12,1		27,8	

484 Dabei wurden in den Bereichen Herz (Cardiac disorders), Gerinnungsstörungen und Folgen (Blood and lymphatic system disorders) sowie Todesfällen insgesamt folgende Zahlen gemeldet:

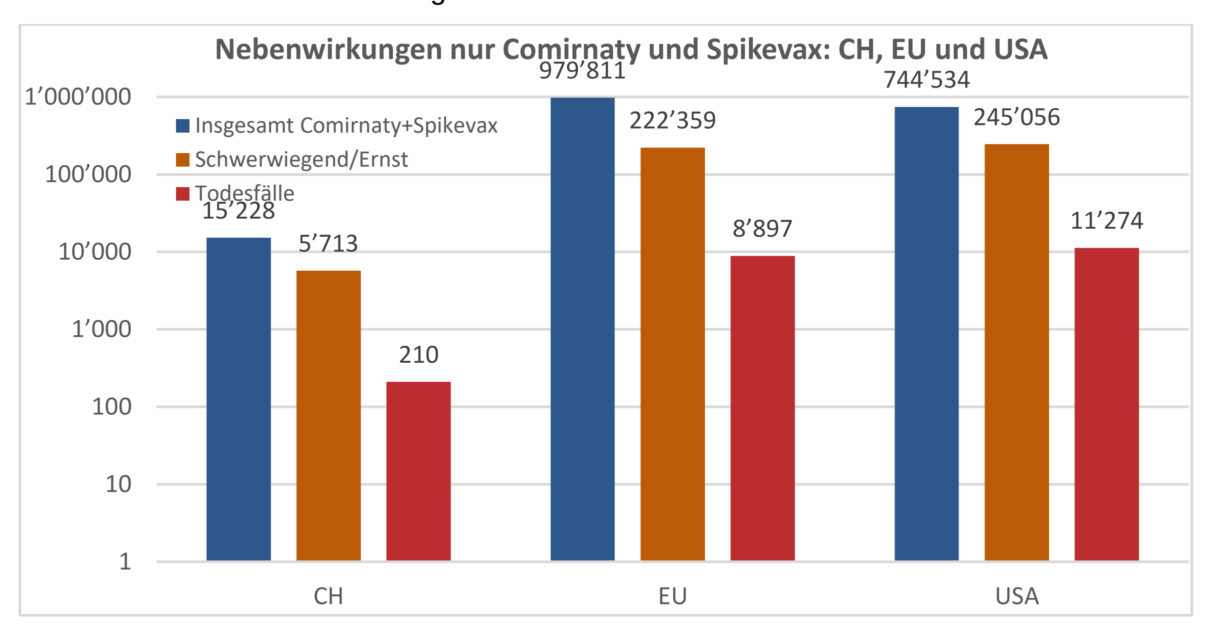
	CH gesamt	**CH Comir-naty**	**CH Spike-vax**	**EU gesamt**	**EU Comir-naty**	**EU Spike-vax**	**USA gesamt**	**USA Comir-naty**	**USA Spike-vax**
Herz	1223	365	858	64	51.127	13.192	50	28.527	21.631
Gerinnungs-störungen	565	159	406	41	33.753	6.969	26	14.689	11.494
Todesfälle Comirnaty	155			9	7.871	1.026	11	5.888	5.386
Totgeburten				220	1.234	219	1534	943	591
pro 1 Mio									
Herz	78,2	62,6	87,4	87,5	87,0	89,8	123,8	112,4	142,8

330 Zufolge Meldeverzug sind die Impfdosen rückdatiert: 04.04.2022 (CH), 02.04.22 (EU), 16.04.21 (USA).

	CH gesamt	CH Comir-naty	CH Spike-vax	EU gesamt	EU Comir-naty	EU Spike-vax	USA gesamt	USA Comir-naty	USA Spike-vax
Gerinnungs-störungen	36,1	27,3	41,4	55,4	57,4	47,4	64,6	57,9	75,9
Todesfälle Comirnaty	9,9			12,1	13,4	7,0	27,8	23,2	35,6
Totgeburten				2,0	2,1	1,5	3,8	3,7	3,9

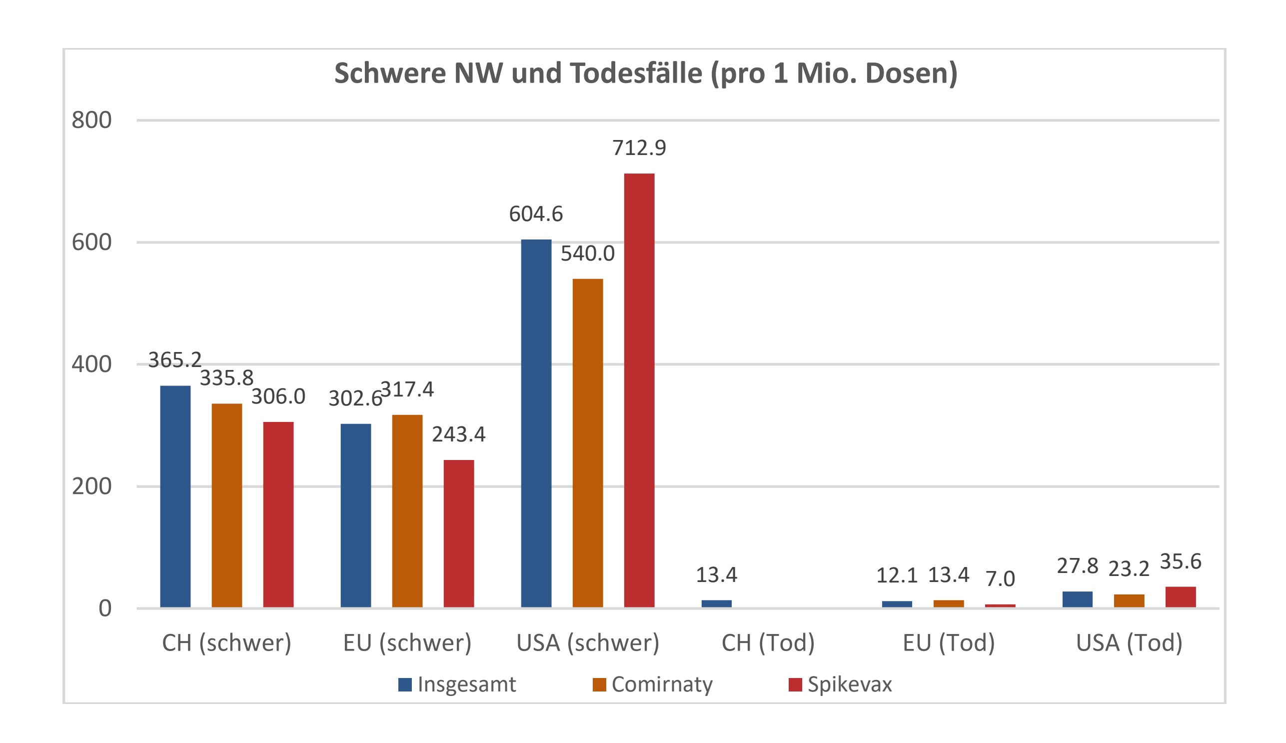
1.1.3. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (absolute Zahlen)

485 Bis zum 06.05.2022 wurden in der Schweiz, bis zum 14.05.2022 in der EU und den USA, für Comirnaty® und Spikevax® insgesamt **1'739'573 Nebenwirkungen** gemeldet – davon **473'128 schwere** Nebenwirkungen und **20'381 Todesfälle:**



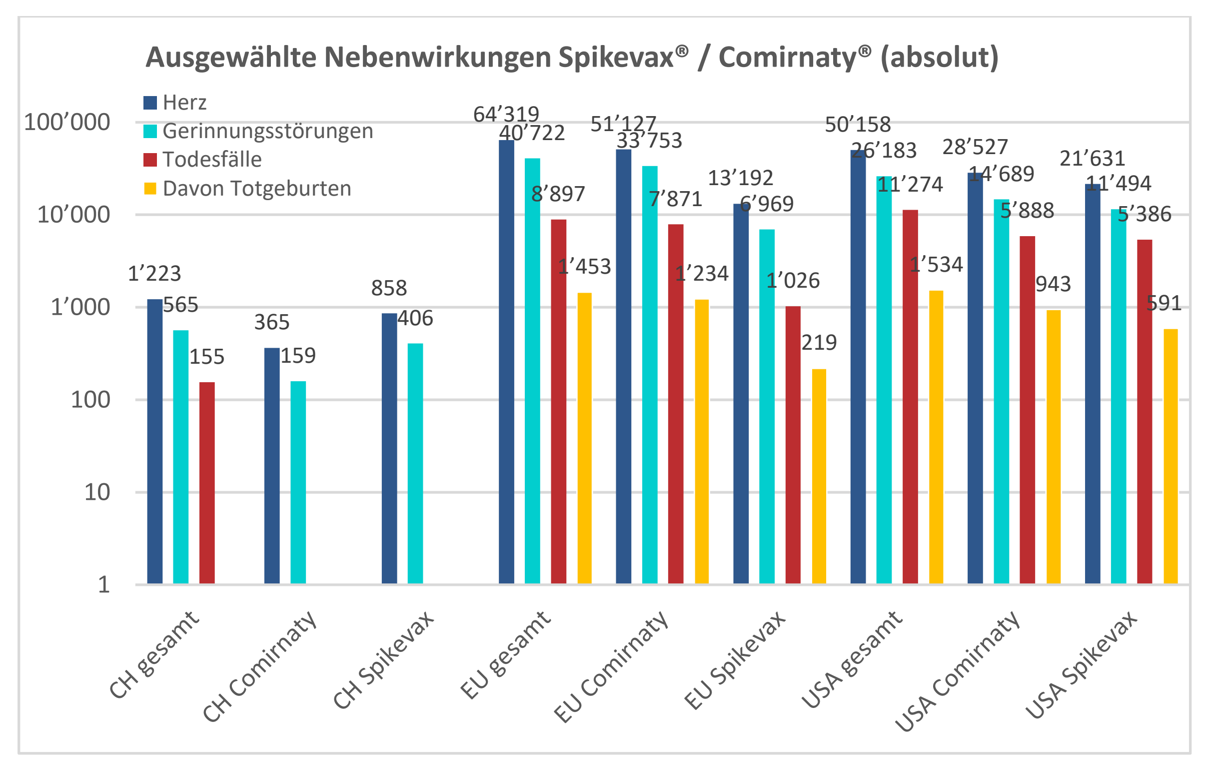
1.1.4. Nebenwirkungen bei Comirnaty® und Spikevax® (pro 1 Million «Impfdosen»)

486 Die Anzahl schwerwiegender Nebenwirkungen und solcher mit Todesfolge für Spikevax® und Comirnaty® **pro 1 Million verabreichter Dosen** fällt per **Mai 2022** entsprechend wie folgt aus:

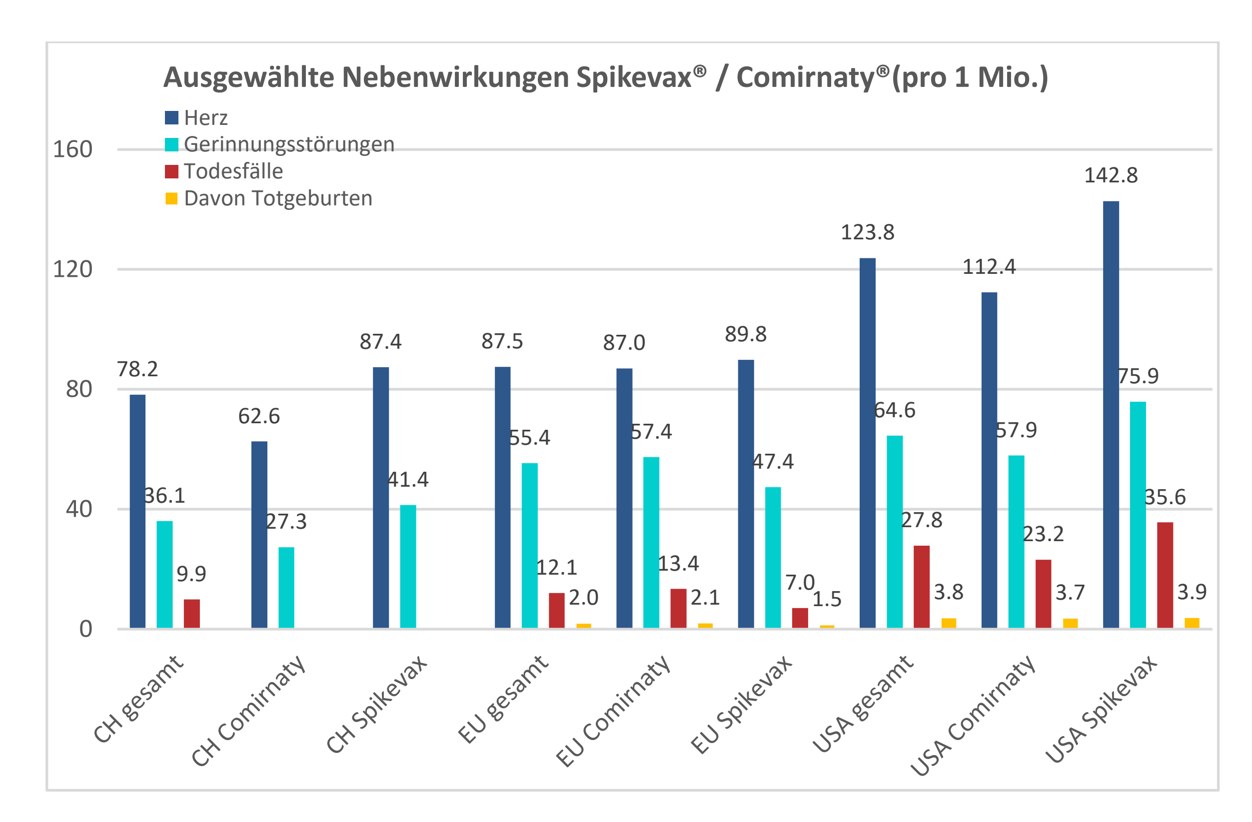


1.1.5. Ausgewählte Nebenwirkungen: Herz, Thrombosen, Todesfälle, Totgeburten

487 Eine eingehendere Analyse aller Nebenwirkungsmeldungen zu Comirnaty® und Spikevax® – aufgeteilt nach Symptomen wie Herz (Myokarditis etc.), Gerinnungsstörungen (Thrombosen etc.) sowie Todesfälle und Totgeburten – ergibt per **Mai 2022 in absoluten Zahlen** folgendes Bild:



488 **Pro 1 Million «Impfdosen»** ergibt dies folgendes Bild:



489 Auffallend sind hierbei vorab die **vergleichsweise höheren Melderaten** betreffend «Herz» und die doppelt bis dreifach so hohen Melderaten betreffend Todesfälle **in den USA.** Ob diese Unterschiede populations- oder meldebedingt anfallen, müsste genauer untersucht werden.

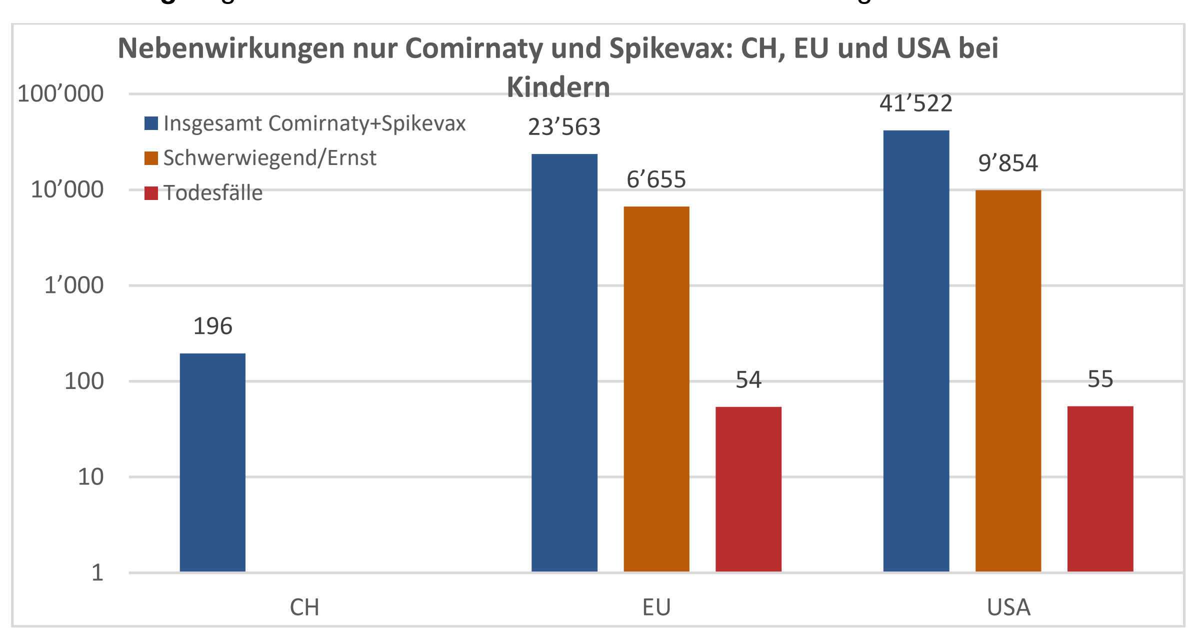
490 Liegen die Nebenwirkungsmeldungen in den USA betreffend **Herz (Myokarditis/Perikarditis** etc.) aber bei 112.4 (Comirnaty®) bis 142.8 (Spikevax®), so handelt es sich hierbei gemäss Definition (MedDRA-Systemorganklassen) um **«seltene» Nebenwirkungen** (nicht: «sehr seltene»), da mehr als 1 Fall pro 10'000 Dosen auftritt.

491 Besorgniserregend sind auch die Meldungen zu Gerinnungsstörungen, welche sich weltweit im Bereich von 27.3 bis 75.9 Fällen pro 1 Million Dosen bewegen. Die offiziellen Daten liegen damit weltweit in einem Bereich, welcher klarerweise vergleich-, mess- und schätzbar ist. Pro 10'000 handelt es sich um 0.273 bis 0.759 Fälle, womit die **Gerinnungsstörungen als «sehr seltene» Nebenwirkungen (<1/10'000)** zu klassifizieren sind.

492 Betreffend **Totgeburten** ist in den USA und in der EU ist sowohl in absoluten Zahlen als auch pro 1 Million «Impfdosen» eine weitere Zunahme zu verzeichnen. In der Schweiz fehlen hierzu – Irrtum vorbehalten – noch immer entsprechende Informationen.

1.1.6. Im Besonderen: Nebenwirkungen bei Kindern

493 Bis zum 06.05.2022 wurden in der Schweiz, bis zum 14.05.2022 in der EU und den USA, für Comirnaty® und Spikevax® bei **Kindern** (inkl. Jugendlichen) insgesamt **65'281 Nebenwirkungen** gemeldet – davon **16'509 schwere** Nebenwirkungen und **109 Todesfälle:**

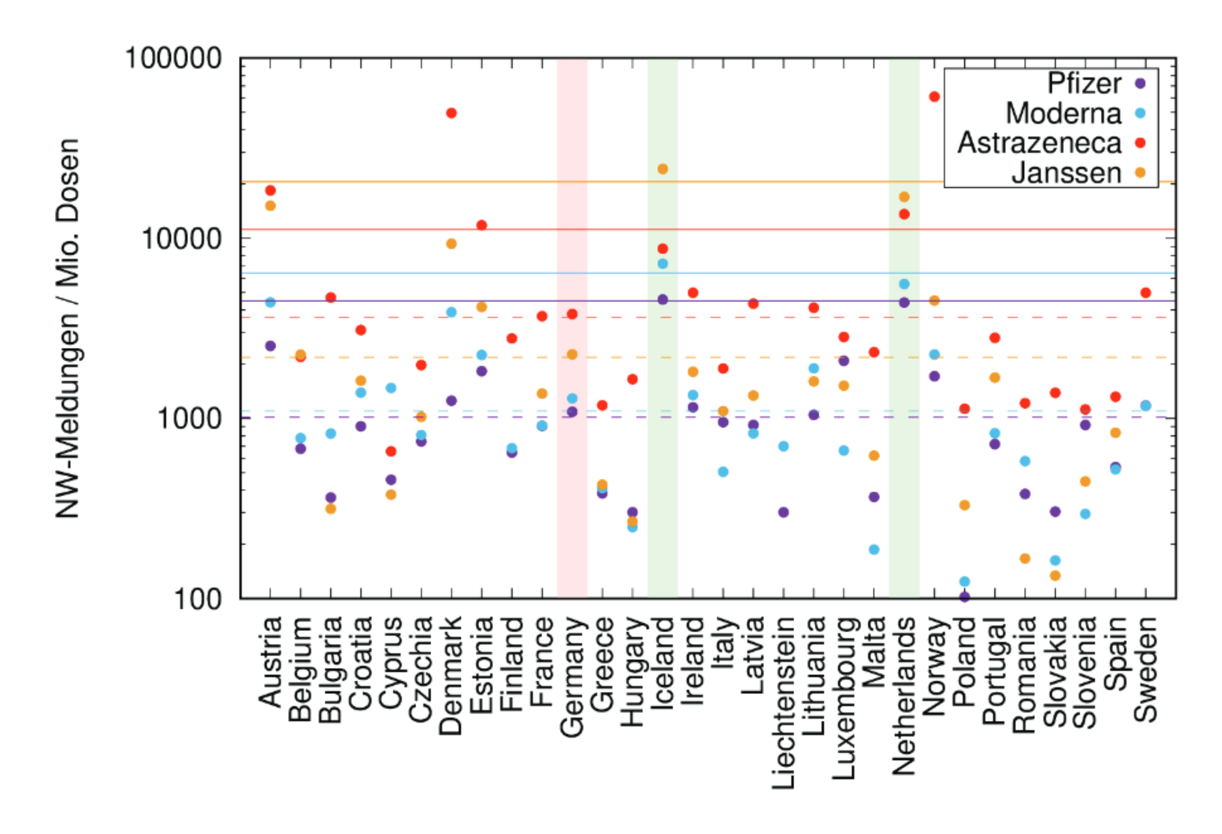


1.2. Massives Underreporting eindrücklich bestätigt

1.2.1. EU: nur 20% aller Nebenwirkungen werden gemeldet

494 In der EU sind beim Melden von Nebenwirkungen grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu beobachten mit Schwankungen der gemeldeten NW-Inzidenzen von bis zu einem Faktor 100:[331]

331 7argumente, «COVID-19-Impfpflicht ist verfassungswidrig», 09.03.2022, S. 32, *https://7argumente.de/download/910/.*



495 Die vertikale Achse in obiger Abbildung ist logarithmisch skaliert. Die gestrichelten Linien stellen jeweils den EU-Durchschnitt dar, die durchgezogenen Linien zeigen die jeweiligen Mittelwerte der beiden Länder mit den höchsten gemeldeten Fallzahlen, den Niederlanden und Island. Wenn man annimmt, dass diese beiden Länder alle Verdachtsfälle von Nebenwirkungen tatsächlich an die *EudraVigilance-Datenbank* melden, lässt sich für den EU-Durchschnitt ableiten, dass nur 20% der Verdachtsfälle gemeldet werden.

496 Geht man auch bei den Niederlanden und Island von einer realistischen Untererfassung von Verdachtsfällen von Nebenwirkungen aus, liegt die Dunkelziffer entsprechend nochmals deutlich höher.

1.2.2. Deutschland: Nur 20% aller Nebenwirkungen werden gemeldet

497 Für Deutschland räumten selbst Charité-Forscher eine Untererfassung von mindestens 70% ein.[332] Basierend auf obigem Vergleich mit den Europäischen Ländern[333] muss davon ausgegangen werden, dass in Deutschland, gleich wie bei den EU-Ländern insgesamt,

332 Focus, «Charité-Forscher: ‹Mindestens 70 Prozent Untererfassung bei Impfnebenwirkungen›», 01.04.2022, *https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes-im-interview-mindestens-70-prozent-untererfassung-bei-den-impfnebenwirkungen_id_76570926.html*.

333 7argumente, FN 331.

nur 20% der Impfnebenwirkungen gemeldet werden, was Platz 11 auf der EU-Rangliste entspricht (Beilage **20**, S. 45).

BO: Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

498 Diese hohe Dunkelziffer wurde in einer fundierten und im Februar 2022 publizierten Analyse von Versichertendaten der Deutschen Betriebskrankenkasse *BKK,* welche bei den Nebenwirkungen auf erheblich höhere Zahlen als das *Paul-Ehrlich-Institut* (*PEI*) kam, eindrücklich bestätigt: Von Jahresanfang bis Mitte Juli 2021 (entsprechend 7.5 Monaten) seien basierend auf einer Analyse von 10.9 Millionen *BKK*-Versicherten 216'695 Versicherte wegen Nebenwirkungen durch Impfstoffe behandelt worden, so die *BKK*. Hochgerechnet auf die gesamte – immer noch andauernde – Anwendungsphase der COVID-«Impfstoffe» und auf ganz Deutschland ergäbe dies etwa 2.5 bis 3 Millionen von Nebenwirkungen betroffene Menschen.[334] Dies ist **zehn Mal mehr, als das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) basierend auf blossen Spontanmeldungen offiziell ausweist.**[335] *All dies sind – nach nur etwas mehr als einem Jahr Impfkampagne – Werte, die um ein Mehrfaches über das hinausgehen, was bei etablierten Impfstoffen festzustellen ist (dazu eingehend vorn N* 262 *f., N* 266 *ff., N* 277 *ff.). Nur schon aus diesem Grund wäre die gefährliche COVID-«Impfkampagne» umgehend zu stoppen und sind die befristeten Zulassungen zu sistieren.*

499 Der kurz darauf fristlos freigestellte Vorstand der *BKK ProVita*, Andreas Schöfbeck, prangerte in DIE WELT Ende Februar 2022 an, dass die Zahlen der *BKK* als ein «deutliches Warnsignal» an; sie zeigten, dass eine «Gefahr für das Leben von Menschen» nicht ausgeschlossen werden könne.[336] In einem Schreiben an das *PEI* forderte Schöfbeck eine fundierte Analyse zur wahren Datenlage hinsichtlich Sicherheit der COVID-Impfstoffe.[337] Die Diskussion der BKK-Analyse in der Öffentlichkeit und mit dem *PEI* wurde umgehend unterbunden.[338]

---

334 Berliner Zeitung, «Impffolgen: Krankenkasse BKK schreibt Brief an Paul-Ehrlich-Institut», 24.02.2022, *https://www.berliner-zeitung.de/news/impffolgen-krankenkasse-bkk-schreibt-brief-an-paul-ehrlich-institut-li.213676.*

335 Welt, «Mehr Impf-Nebenwirkungen als bisher bekannt», 25.02.2022, *https://www.welt.de/politik/deutschland/plus237106177/Coronavirus-Impf-Nebenwirkungen-deutlich-mehr-als-bisher-bekannt.html*.

336 Welt, FN 335.

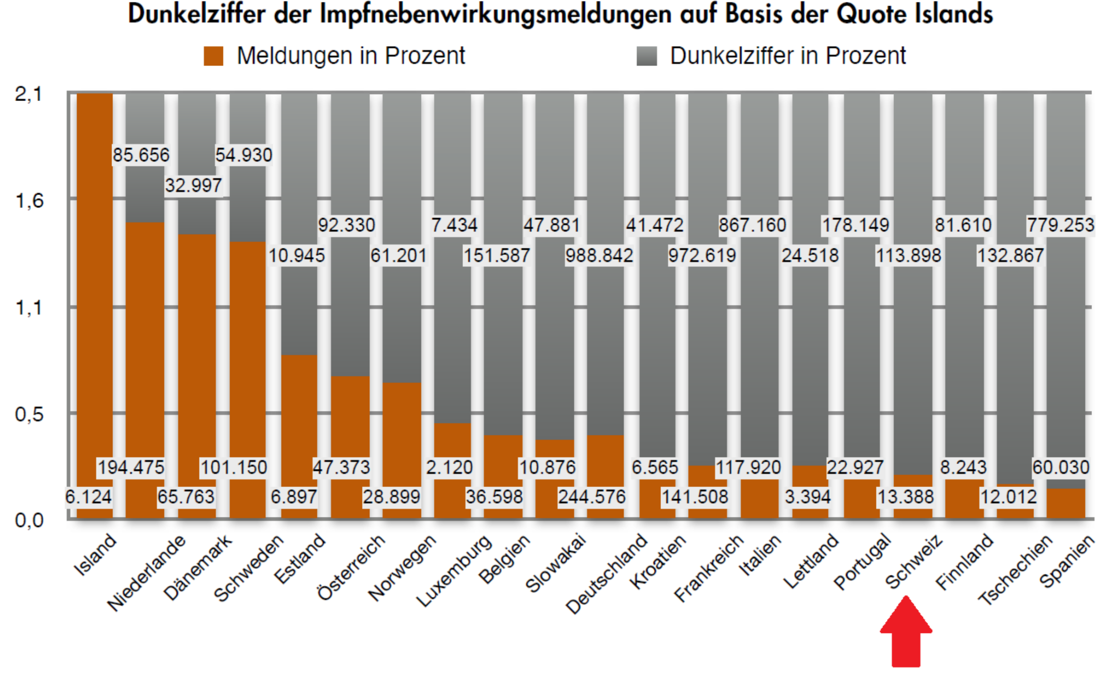
337 Berliner Zeitung, FN 334.

338 Berliner Zeitung, «Kritik an Zahlen von Nebenwirkungen: BKK-Chef fristlos entlassen», 01.03.2022, *https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/nach-brandbrief-bkk-provita-vorstand-soll-fristlos-entlassen-worden-sein-li.214733.*

1.2.3. Schweiz: Nur 10% aller Nebenwirkungen werden gemeldet

500 Bereits vorn (N 358) wurde aufgezeigt, dass Swissmedic's Melderate von 0.8 Verdachtsfällen/1000 Impfdosen per Ende 2021 halb so hoch war wie die Melderate des *PEI* mit 1.6 Verdachtsfällen/1000 Impfdosen in Deutschland. Die Melderate von Swissmedic verbesserte sich im Verlauf nur unwesentlich und lag im Mai 2022 bei 0.97 Verdachtsfällen/1000 Impfdosen.[339]

501 Im Vergleich mit den EU-Ländern belegte die **Schweiz** beim Rapportieren von Nebenwirkungen nur **Platz 17. Die prozentuale Melderate der Schweiz betrug** gerade noch **10% der Melderate von Island (**Beilage **20**, S. 45**)**:



BO: Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

502 Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass die von **Swissmedic vermeldeten Zahlen zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen mindestens mit einem Faktor von mindestens 10 multipliziert werden müssen, um die Realität abzubilden**.

503 Wird von einer Vergleichbarkeit der in der EU und der Schweiz verwendeten Impfchargen ausgegangen, wäre zu erwarten, dass in den einzelnen Ländern eine vergleichbare Anzahl Nebenwirkungen auftritt.

---

339 Swissmedic, «Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – 25. Update», 06.05.2022, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-15.html*.

1.3. Hersteller: Offenlegung grosser Risiken bei Produktion und Vertrieb

504 Bereits im September 2019 legte BioNTech gegenüber der U.S. Amerikanischen Börsenaufsicht (*Securities and Exchance Comission*, *SEC*) grosse Bedenken hinsichtlich der mRNA-Impfstoffe offen. Hervorgehoben wurden insbesondere Bedenken, dass Produktkandidaten nicht wie beabsichtigt funktionieren oder unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen könnten (vorn N 26).

505 Auch aus dem aktualisierten Bericht, welcher BioNTech der SEC im April 2022 für das vergangene Geschäftsjahr 2021 vorlegte, ging hervor, dass BioNTech unverändert grosse Bedenken hinsichtlich der eigenen COVID-«Impfstoffe» und mRNA-Therapien hegte. Die Firma gab zu, dass sie möglicherweise nicht in der Lage sei, eine ausreichende Wirksamkeit oder Sicherheit ihres COVID-«Impfstoffs» und/oder variantenspezifischer Formulierungen nachzuweisen, um eine dauerhafte behördliche Zulassung zu erhalten:

> *«We may not be able to demonstrate sufficient efficacy or safety of our COVID-19 vaccine and/or variant-specific formulations to obtain permanent regulatory approval in the United States, the United Kingdom, the European Union, or other countries where it has been authorized for emergency use or granted conditional marketing approval.*
>
> *Significant adverse events may occur during our clinical trials or even after receiving regulatory approval, which could delay or terminate clinical trials, delay or prevent regulatory approval or market acceptance of any of our product candidates.*
>
> *mRNA drug development has substantial clinical development and regulatory risks due to limited regulatory experience with mRNA immunotherapies.*
>
> *Our future revenues from sales of our COVID-19 vaccine depend on numerous factors, including:*
>
> *the durability of immune response generated by our COVID-19 vaccine, which has not yet been demonstrated in clinical trials;*
>
> *our ability to receive full regulatory approvals, where we currently have emergency use authorizations or equivalents;*
>
> *the safety profile of our COVID-19 vaccine, including if previously unknown side effects or increased incidence or severity of known side effects as compared to those seen during clinical trials are identified with our COVID-19 vaccine with widespread global use after approval … »*

We may not be able to demonstrate sufficient efficacy or safety of our COVID-19 vaccine to obtain permanent regulatory approval in jurisdictions where it has been authorized for emergency use or granted conditional marketing approval.»[340]

506 Auch Pfizer stufte in ihrem Bericht über das Geschäftsjahr 2021 an die *SEC* vom 24. Februar 2022 das Risiko gross ein, dass die befristete resp. Notzulassung von COVID-Arzneimitteln inkl. Comirnaty® nicht in eine dauerhafte Zulassung umgewandelt werden könne:

«We may not be able to receive or maintain favorable recommendations by technical or advisory committees, such as the ACIP or any FDA Advisory Committee that may be convened to review our applications such as EUAs, NDAs or BLAs, which may impact the potential marketing and use of our products. Further, claims and concerns that may arise regarding the safety and efficacy of in-line products and product candidatescan negatively impact product sales, and potentially lead to product recalls or withdrawals, including regulator-directed risk evaluations a assessments, and/or consumer fraud, product liability and other litigation and claims. Further regulatory agency requirements may result in a more challenging, expensive and lengthy regulatory approval process than anticipated due to requests for, among other things, additional or more extensive clinical trials prior to granting approval, or increased post-approval requirements. For these and other reasons discussed in this Risk Factors section, we may not obtain the approvals we expect within the timeframe we anticipate, or at all.»[341]

1.4. Kinder und Jugendliche massiv geschädigt – Gerichte gegen «Impfung»

1.4.1. Weltweit hunderte Todesfälle bei (Klein-)Kindern und Jugendlichen

507 Betreffend die nachfolgenden Meldedaten sei nochmals darauf hingewiesen, dass all diese Fälle vor dem Hintergrund zu interpretieren sind, dass die Zahlen von schweren Nebenwirkungsfällen mit einem Faktor von mindestens 41 multipliziert werden müssen,

---

340 BIONTECH, «SEC Filing Form 20F BioNTech», 30.03.2022, S. 5, 6 und 11, *https://investors.biontech.de/node/11931/html#ic5e06a05a31d4c4491031d3208cef8c2_2806*.

341 PFIZER, «SEC Filing Form 10K Pfizer», 22.02.2022, S. 17, *https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/ar/PFE-2021-Form-10K-FINAL.pdf*.

um die Realität abzubilden (vorn N 355 f.) und dass die Verwendung des Rotavirus-Impfstoffs 1999 wegen 15 Fällen von Darmverschlüssen bei Säuglingen sistiert wurde (vorn N 373).

1.4.1.1 Swissmedic: 7 Säuglinge von Impfnebenwirkung betroffen

508 Laut Swissmedic betrafen 196 (1.3%) der per 6.5.2022 15’228 ausgewerteten Nebenwirkungsmeldungen im Zusammenhang mit einer COVID-«Impfung» Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. **7 Säuglinge** im Alter von 28 Tagen bis 23 Monaten waren von einem **Verdachtsfall einer Impfnebenwirkung** betroffen, was auf die Problematik im Zusammenhang mit einer möglichen Übertragung von Impfstoffkomponenten durch die stillende Mutter auf das Kind hindeutet (dazu vorn N 401). Angaben zum Schweregrad der Nebenwirkungen oder zu allfälligen Todesfällen im zeitlichen Zusammenhang mit der «Impfung» bei Kindern und Jugendlichen sind im Bericht von Swissmedic vergeblich zu suchen.[342]

1.4.1.2 EU: 168 Todesfälle, davon 24 Todesfälle bei Säuglingen

509 Von den der ***EMA*** per 6.5.2022 rapportierten **1.8 Mio Verdachtsfällen von Nebenwirkungen betrafen 33'159** (1.9%) Fälle **Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**, wovon **14’120 Fälle (42.6%)** als **schwerwiegend** eingestuft wurden und **168 Fälle tödlich endeten**. **24 Todesfälle betrafen bis vier Wochen alte Säuglinge und 9 Fälle Kleinkinder unter 2 Jahren**, was wiederum die These der Übertragung von gefährlichen Impfstoffkomponenten durch geimpfte Mütter stützt (Beilage **19**, S. 9 f., 12, 17).

BO: Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 06.05.2022

1.4.1.3 Deutschland: Mehr Kinder an «Impfung» als an «Covid-19» verstorben

510 Das **Deutsche *Paul-Ehrlich-Institut*** vermeldete in seinem Sicherheitsbericht vom 4.5.2022[343] für Kinder und Jugendliche insgesamt **5’862 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen** im Zusammenhang mit den COVID-«Impfungen». 61 Fälle betrafen Nebenwirkungsmeldungen von Säuglingen von geimpften Müttern. Während das Institut im Bericht vom 31.12.2021[344] noch auf acht Seiten detailliert Auskunft gegeben hatte über die Nebenwirkungsfälle bei Kindern und Jugendlichen und u.a. 8 Todesfälle in einem zeitlichen Zusammenhang mit der «Impfung» vermeldet hatte, war die Berichterstattung für Kinder

342 Swissmedic, FN 339.
343 Paul-Ehrlich-Institut, «Sicherheitsbericht», 04.05.2022, *https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-03-22.pdf?__blob=publicationFile&v=5*.
344 Paul-Ehrlich-Institut, FN 257.

und Jugendliche im Mai 2022 auf zwei Seiten zusammengeschrumpft. Angaben zu Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen fehlten gänzlich. **Bei gleichbleibender Prävalenz (0.2%) müsste sich die Zahl der Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen auf mindestens 11 Fälle erhöht haben**. Bis Februar 2022 waren in Deutschland offiziell 10 Kinder und Jugendliche an COVID verstorben, wobei bei 3 Fällen unklar war, ob SARS-CoV-2 wirklich die Todesursache war.[345] **Es dürften somit per Mai 2022 in Deutschland bereits mehr, unter Berücksichtigung des bekannten Underreportings sogar deutlich mehr, Kinder und Jugendliche im Zusammenhang mit der «Impfung» als im Zusammenhang mit einer COVID-Erkrankung verstorben sein.**

1.4.1.4 USA: 112 Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen

511 Per 20.05.2022 wurden in der amerikanischen ***VAERS*-Datenbank 48'583 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen** im Alter von 5 bis 17 Jahren rapportiert. 3'862 Fälle waren mit einer Hospitalisation verbunden, in 1315 Fällen wurde eine Myokarditis, in 207 Fällen eine Gesichtslähmung diagnostiziert. 605 Fälle wurden als lebensgefährlich eingestuft. Es wurden 112 Todesfälle im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» vermeldet.[346]

1.4.2. Erste Gerichts-/Behördenentscheide: Kindeswohl verletzt

512 Das Amtsgericht Weilheim (D) leitet nach Einbezug der aktuellsten Datenlage in einem Beschluss vom 13.01.2022 ab, dass die **Risiken einer COVID-«Impfung» die Vorteile für Kinder deutlich überwögen** und die «**Impfung»** daher **nicht kindeswohldienlich** sei.[347]

513 Auch ein Gericht in Pistoia, Italien, kam aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage am 04.03.2022 zum Schluss, dass die **COVID-«Impfung» bei Kindern nicht indiziert** sei, da die **Risiken den Nutzen überwögen**.[348]

---

345 B.Z., «So viele Kinder starben wirklich an Corona», 15.02.2022, *https://www.bz-berlin.de/deutschland/so-viele-kinder-starben-wirklich-an-corona*.

346 VAERS, «COVID Vaccine reports in Children», 20.05.2022, *https://web.archive.org/web/20220601002115/https://openvaers.com/covid-data/child-summaries*.

347 Amtsgericht Weilheim, «Beschluss 2 F 538/21», 13.01.2022, *https://www.vaterlos.eu/wp-content/uploads/2022/02/20220113-Familiengericht-Weilheim-2-F-538-21-anonymisiert.pdf.*

348 Tribunale di Pistoia, V.G. 2022, 04.03.2022, *https://2020news.de/wp-content/uploads/2022/03/Trib.-Pistoia-4.3.2022.pdf*; siehe dazu 2020 News, «Richterin in Italien lehnt Kinderimpfung ab», 09.03.2022, *https://2020news.de/richterin-in-italien-lehnt-kinderimpfung-ab/.*

514 Am 07.03.2022 riet die **Gesundheitsbehörde von Florida, USA,** nach einer Analyse der aktuell vorliegenden Daten davon ab, **gesunde Kinder** gegen das Coronavirus zu impfen, weil die **Risiken den Nutzen überwögen.**[349]

1.5. Schwangere: Besorgniserregende Anzahl Fehlgeburten

1.5.1. Immer noch fehlende Daten – Hinhaltetaktik der Hersteller

515 Für Comirnaty® und Spikevax® wurden die **fehlenden Daten für Schwangere** in den *Risk Management Plans* von Februar und März 2022, welche Daten bis Ende 2021 enthielten und welche auch Swissmedic eingereicht wurden, immer noch als **«Missing Information»** thematisiert.[350] Für Comirnaty® war dort auf S. 105 zu lesen:

> *Missing Information: Use in Pregnancy and while breast feeding*
>
> *Risk-benefit impact*
>
> ***The safety profile of the vaccine is not known in pregnant or breast-feeding women** due to their initial exclusion from the pivotal clinical study, however one clinical study of the safety and immunogenicity of the COVID-19 vaccine in pregnant women is ongoing (C4591015); and 2 non-interventional studies (C4591009 and C4591011) to assess whether sub-cohorts of interest, such as pregnant women, experience increased risk of safety events of interest following receipt of the COVID-19 vaccine are approved.*
>
> *It is important to obtain long term follow-up on women who were pregnant at or around the time of vaccination so that any potential negative consequences to the pregnancy can be assessed and weighed against the effects of maternal COVID-19 on the pregnancy.*

516 Laut *Risk Management Plan* sollte die Wirksamkeit und Sicherheit der COVID-«Impfstoffe» bei Schwangeren in einer prospektiven randomisierten Studie (C4591015, *clinicaltrials.gov identifier* NCT04754594) untersucht werden. Die Studie begann im Feb-

---

[349] Tampa bay times, «Florida says healthy kids shouldn't get COVID vaccine, contradicting CDC», 07.03.2022, *https://www.tampabay.com/news/florida-politics/2022/03/07/healthy-children-shouldnt-get-coronavirus-vaccine-florida-health-department-says/*.

[350] Moderna, «EU risk management plan for Spikevax», 01.03.2022, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-risk-management-plan_en.pdf*; Pfizer, «Comirnaty (COVID-19 mRNA vaccine) risk management plan», 02.02.2022, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf*.

ruar 2021 und soll im August 2022 beendet sein. Bis zum Vorliegen der finalen ausgewerteten Resultate dürften mehrere Monate vergehen.[351]

517 Inwieweit diese Studie korrekte Daten liefern wird, ist fragwürdig, da von Pfizer auch für diese Studie u.a. erneut das Auftragsforschungsinstitut *Ventavia* angeheuert wurde. Erst kürzlich wurde über gravierendste Mängel an durch *Ventavia* betreuten Studienzentren berichtet, die bei der Durchführung der Zulassungsstudie des Pfizer/BioNTech-Impfstoffs beteiligt waren (vorn 311 f.).[352]

1.5.2. Weltweite Meldungen über Totgeburten massiv gestiegen

518 Bereits zuvor (N 488) wurde graphisch dargestellt, dass für Comirnaty® und Spikevax® in der EU und den USA **2–3.8 Totgeburten pro 1 Million Impfdosen** festzustellen sind.

519 Im Bericht über die Verdachtsfälle von Nebenwirkungen der ***EMA*** vom 6.5.2022 wurden Aborte («Schwangerschaftsunterbrechungen») auf Platz 17 der «schwerwiegenden Fälle» und auf Platz 15 der Fälle mit bleibenden Schäden vermeldet (Beilage **19**, S. 25, 28).

BO: Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 06.05.2022

1.5.3. Österreichische Hebammen schlagen Alarm: Gehäufte Fehlgeburten

520 Im Januar 2022 wendeten sich 217 besorgte Hebammen in einem **«Offenen Brief» an das Österreichische Hebammengremium** und vermeldeten berufliche Beobachtungen im zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» bei Schwangeren, denen häufig nicht nachgegangen werde. Sie berichteten u.a. über **gehäufte Fehlgeburten, vorzeitige Wehentätigkeiten, vorzeitigen Blasensprung, vaginale Blutungen, Frühgeburten, Wachstumsretardierung und Eklampsie (Krampfanfälle).** Betreffend COVID-Verläufe bei Schwangeren hielten sie fest, dass ihnen vorwiegend milde bis moderate Fälle bekannt seien und forderten, dass schwere Verläufe bei Schwangeren und damit verbundene Risikofaktoren systematisch erhoben und veröffentlicht werden sollten.[353]

---

351 BioNTech, «Study to evaluate the safety, tolerability, and immunogenicity of SARS CoV-2 RNA vaccine candidate (BNT162b2) against COVID-19 in healthy pregnant women 18 years of age and older», 15.02.2021, *https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04754594*.

352 Reitschuster, «Brisant: Gravierende Mängel in der Zulassungsstudie von BioNTech/Pfizer», 19.01.2022, *https://reitschuster.de/post/brisant-gravierende-maengel-in-der-zulassungsstudie-von-biontech-pfizer/*; THACKER, «Covid-19:Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial», 02.11.2021, *https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635*.

353 Wochenblick, «Können das nicht länger hinnehmen: 217 Hebammen sind laut gegen Gen-Spritzen», 10.01.2022, *https://www.wochenblick.at/allgemein/koennen-das-nicht-laenger-hinnehmen-217-hebammen-sind-laut-gegen-gen-spritzen/*.

1.5.4. Zwischenfazit

521 Diese aktuellsten und weltweit höchst alarmierenden internationalen Zahlen bestätigen, in Ergänzung zu den bereits zu früheren Zeitpunkten gezeigten Zahlen, was die präklinischen Daten bereits angedeutet hatten: Die COVID-«Impfung» ist mit einem grossen Risiko für Schwangere und deren Ungeborene verbunden. Swissmedic hat bis dato nicht auf die weltweit rapportierten Todesfälle von Ungeborenen reagiert und keine Massnahmen ergriffen, damit die Zulassungsinhaber in den Arzneimitteltexten dieses Risiko adäquat abbilden. Die Risiken wurden in den Arzneimitteltexten im Gegenteil vertuscht (vorn N 109 ff.). Ebensowenig hat Swissmedic, obwohl sie spätestens im März 2022 basierend auf den Informationen im **Risk Management Plan** nochmals darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass die Impfempfehlung von Schwangeren auf keiner soliden Datenlage beruhte, bei der *EKIF* interveniert, um die Empfehlung der COVID-«Impfung» bei Schwangeren rückgängig zu machen. **Basierend auf all diesen Punkten muss zwingend abgeleitet werden, dass Swissmedic eine direkte Mitschuld trägt Im Zusammenhang mit allen Impf-Komplikationen bei Schwangeren und insbesondere auch bei Todesfällen von Ungeboren.**

1.6. Männliche Fruchtbarkeit: Abnahme der Spermienkonzentration um 15.9%

522 Eine Untersuchung, welche im Verlauf den Einfluss von Comirnaty® auf die Spermien in 220 Proben analysierte, kam offiziell zum Schluss, dass eine Beeinträchtigung der Spermienkonzentration und -qualität durch die mRNA-Injektion reversibel sei und sich alle Parameter 150 Tage nach «Impfung» (Zeitpunkt T3) normalisiert hätten. Ein Blick in die zu Grunde liegenden Daten zeigte, dass dies eben gerade nicht der Fall war:[354]

Table 2: Percentage and absolute change[1] compared to T0 as reference measured by repeated measures analysis (total samples)

[354] GAT, «Covid-19 vaccination BNT162b2 temporarily impairs semen concentration and total motile count among semen donors», 17.06.2022, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/andr.13209*.

		Change[1]	95%CI		p-value
Semen volume	T0[2]	Ref			
	T1	10%	-3.9%	25.8%	
	T2	-4.5%	-14.7%	7%	0.214
	T3	9%	-6.3%	26.8%	
Sperm concentration	T0	Ref			
	T1	-14.5%	-27.9%	1.4%	
	T2	**-15.4%**	**-25.5%**	**-3.9%**	**0.044**
	T3	-15.9%	-30.3%	1.7%	
Sperm motility	T0	Ref			
	T1	2.7	-1	6.6	
	T2	-1.9	-4.9	1.7	0.058
	T3	-4.1	-8.2	0.1	
Total Motile Count	T0	Ref			
	T1	-2%	-19.9%	20.1%	
	T2	**-22.1%**	**-35%**	**-6.6%**	**0.027**
	T3	-19.4%	-35.4%	0.6%	

[1] Volume, concentration, and TMC are presented as *percentage* change compared to T0 while motility change is presented as *absolute* change.

[2]T0 – pre-vaccination baseline control; T1, T2, and T3 – short, intermediate, and long-term evaluations after 15-45, 75-150, and over 150 days after vaccination date, respectively.

523 Die Spermienkonzentration, die Motilität und die Anzahl Spermien hatten sich 150 Tage nach «Impfung» nicht normalisiert. **150 Tage nach der 2. «Impfung» lag die Spermienkonzentration immer noch 15.9% unterhalb des Ausgangswertes.** Die Spermienmotilität hatte sich im Vergleich zur Messung nach der 2. «Impfung» im Gegenteil nochmals deutlich verschlechtert.

1.7. Tödliche Wirkungsweise des Spike-Proteins

524 Zur Schädlichkeit des Spike-Proteins bereits eingehend vorn N 299 ff.

525 Anfangs 2022 wurden Gefässschädigungen im Rahmen von pathologischen Untersuchungen mittlerweile bei 12 von 15 im Zusammenhang mit einer «Impfung» verstorbenen Personen aufgezeigt. Das durch die «Impfung» induzierte Spike-Protein wurde in den Gefässen einer 4 Monate nach der «Impfung» verstorbenen Person, bei der Gefässläsionen und auch eine impfinduzierte Myokarditis vorlagen, sicher nachgewiesen. Der Nachweis gelang durch einen für das Spike-Protein spezifischen Antikörper mittels konventioneller Immunhistochemie auf den Gewebeschnitten.[355] Das Spike-Protein wurde bei Per-

[355] Pathologie-Konferenz, «Pathologie der Impftoten und Impfschäden: Nach der Evidenz erste Beweise», 11.03.2022, *https://pathologie-konferenz.de*.

sonen, die nach einer COVID-«Impfung» verstarben, auch in weiteren Organen wie der Leber, der Milz und dem Gehirn dokumentiert.[356] Bei einem 77-jährigen Mann, welcher drei Wochen nach seiner dritten COVID-«Impfung» verstarb, wurde bei einer Obduktion im Gehirn eine multifokale nekrotisierende Enzephalitis mit massiven entzündlichen Lymphozyteninfiltraten entdeckt. Darüber hinaus zeigte das Herz Anzeichen einer schweren Myokarditis. In den Geweben der betroffenen Organe wurde mittels immunhistochemischer Färbung ebenfalls das SARS-CoV-2-Spike-Protein nachgewiesen. Aufgrund dieser immunhistochemischen Erkenntnisse dürften die entzündlichen Veränderungen im Hirngewebe des Patienten auf immunologische Prozesse zurückzuführen sein. Gleichzeitig wurde das Fehlen von SARS-CoV-2-Nukleokapsid-Protein dokumentiert, was darauf hindeutet, dass das nachgewiesene Spike-Protein nicht mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Verbindung steht. Wäre eine solche Infektion die Ursache für das Spike-Protein, dann wäre auch das SARS-CoV-2-Nukleokapsid-Protein vorhanden. Folglich musste das bestätigte Vorhandensein des Spike-Proteins auf die frühere «Impfung» mit Comirnaty® zurückgeführt werden, die der verstorbene Patient erhalten hatte.[357]

1.8. Alarmsignal: Myokarditis (Fortsetzung)

526 Bereits im Jahr 2021 war die Gefahr durch Myokarditis – welche zum Tod führen kann – offenkundig und wurde durch weitere Studien im Jahr 2022 leider eindrücklich bestätigt:

1.8.1. Studie aus Skandinavien: Massiv erhöhtes Risiko für Myokarditis

527 Für **Myokarditis** im Speziellen kam eine gross angelegte skandinavische Studie[358], welche die Daten von 23.1 Mio Personen aus Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden analysierte und im April 2022 im renommierten *JAMA Cardiology* publiziert wurde, zum Schluss, dass das **Risiko für eine Myokarditis** nach einer COVID-«Impfung» **signifikant erhöht** sei. Es wurden 4 bis 7 (gegenüber einer ungeimpften Population) zusätzliche Ereignisse in 28 Tagen pro 100'000 Geimpfte nach Comirnaty® und 9 bis 28 zusätzliche Ereignisse pro 100'000 Geimpfte nach Spikevax® kalkuliert. Dr. Rickard Ljung, Professor und Arzt bei der schwedischen Arzneimittelbehörde und einer der Autoren der Studie erläuterte, dass diese zusätzlichen Fälle bei Männern im Alter von

356 Doctors for COVID Ethics, Symposium, «Expectations fulfilled: the scientific evidence– Prof. Arne Burkhardt with Prof. Sucharit Bhakdi», 20.02.2022, *https://doctors4covidethics.org/video-replays-d4ce-symposium-iii-session-i/.*

357 MÖRZ, «A Case Report: Multifocal Necrotizing Encephalitis and MYOCARDITIS after BNT162b2 MRNA Vaccination against Covid-19», 22.06.2022, *https://www.preprints.org/manuscript/202206.0308/v1*.

358 KARLSTAD et al., «SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents», 20.04.2022, *https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/article-abstract/2791253*.

16 bis 24 Jahren einem **5-fach erhöhten Risiko nach Comirnaty®** und einem **15-fach erhöhten Risiko nach Spikevax®** entsprächen.[359] Um verlässliche Aussagen zum Myokarditis-Risiko der einzelnen «Impfstoffe» machen zu können, müssten selbstverständlich die Marktanteile der einzelnen Länder berücksichtigt werden.

1.8.2. Kanada: Erwartete Myokarditätsraten deutlich überstiegen

528 Dass selbst die Zahlen aus Kanada, insbesondere für Comirnaty®, zu tief angesetzt waren, zeigte eine im Januar 2022 im *JAMA Network* veröffentlichte Studie, die von Wissenschaftlern für die CDC, die FDA und verschiedene andere Organisationen durchgeführt worden war. Sie untersucht die *VAERS*-Einträge von Dezember 2020 bis August 2021: «*Die Raten der Myokarditis waren nach der zweiten Impfdosis am höchsten bei männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren (70,7 pro Mio verabreichten Dosen des Impfstoffs Comirnaty®), bei männlichen Jugendlichen im Alter von 16 bis 17 Jahren (105,9 pro Mio verabreichten Dosen von Comirnaty®) und bei jungen Männern im Alter von 18 bis 24 Jahren (52,4 bzw. 56,3 pro Mio verabreichten Dosen des Impfstoffs Comirnaty® bzw. Spikevax®).*» 96 % der Personen (784/813) mussten hospitalisiert werden. Auch wenn das Risiko für eine Myokarditis nach der COVID-«Impfung» bei (jungen) Männern insgesamt höher war als bei (jungen) Frauen, wurde auch bei den unter 30-jährigen Frauen nach der zweiten Impfung mit Comirnaty® und mit Spikevax® die obere Grenze der erwarteten Myokarditisraten deutlich überstiegen.[360]

1.8.3. USA: Comirnaty® in absoluten Zahlen führend bei Myokarditis-Fällen

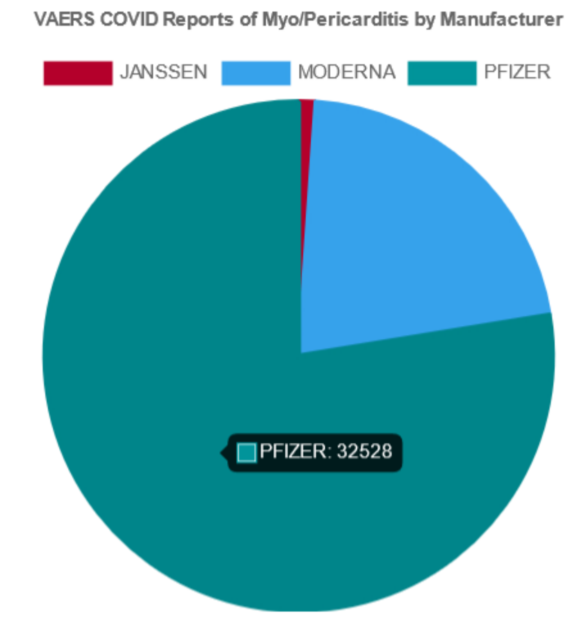
529 Per 10.06.2022 betrafen in den USA alle vom **VAERS rapportierten Meldungen einer Myocarditis/Pericarditis** (41'938 Fälle) **77.6%** (32'528 Fälle) **Comirnaty®**:[361]

---

359 Report24, «Studie: Risiko für Herzentzündung bei Impflingen um ein Vielfaches höher als bei Ungeimpften», 26.04.2022, *https://report24.news/studie-risiko-fuer-herzentzuendung-bei-impflingen-um-ein-vielfaches-hoeher-als-bei-ungeimpften/*.

360 OSTER et al., «Myocarditis cases reported after mRNA-based COVID-19 vaccination in the US from December 2020 to august 2021», 25.01.2022, *https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346*.

361 Open VAERS, «Myocarditis&Pericarditis», 10.06.2022, *https://openvaers.com/covid-data/myo-pericarditis*.



530 Der Marktanteil von Comirnaty® lag in den USA per Juni 2022 bei rund 60%.[362]

1.8.4. Japan: Gesundheitsministerium anerkennt steigende Rate an Myokarditis

531 Das *Japanische Gesundheitsministerium* anerkannte im Januar 2022 die steigende Rate von Herzmuskelentzündungen in der geimpften Bevölkerung und verbot es, Menschen zu diskriminieren, die den COVID-«Impfstoff» ablehnten. Es wurde davon ausgegangen, dass bis zum 14.11.2021 von einer Million Männern, die mit dem Moderna-Impfstoff geimpft worden waren, 81.8 Männer im Alter von 10 bis 19 Jahren und 48.8 Männer im Alter von 20-29 Jahren von solchen Nebenwirkungen betroffen waren. Bei denjenigen, die mit Comirnaty® geimpft worden waren, lagen die Zahlen bei 15.7 bzw. 13.3 pro Million verabreichter Dosen. Japanische Krankenhäuser sollten per Gesetz verpflichtet werden, detailliert über Vorfälle zu berichten, bei denen innerhalb von 28 Tagen nach der «Impfung» Symptome aufgetreten sind.[363]

1.8.5. Japanischer Herzchirurg fordert sofortigen Zulassungsstopp

532 Am 5. Juni 2022 veröffentlichte die medizinische Zeitschrift *Virology Journal* einen «Letter to the Editor», in welchem der Japanische Herz- und Gefässchirurg Kenji Yamamoto über zahlreiche Komplikationen und einige Todesfälle bei geimpften Patienten berichtete, welche in seiner eigenen Abteilung für Herz- und Gefässchirurgie am Okamura Memorial

---

362 CDC, «COVID-19 Vaccinations in the United States», 21.06.2022, *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccinations_vacc-total-admin-rate-total*.

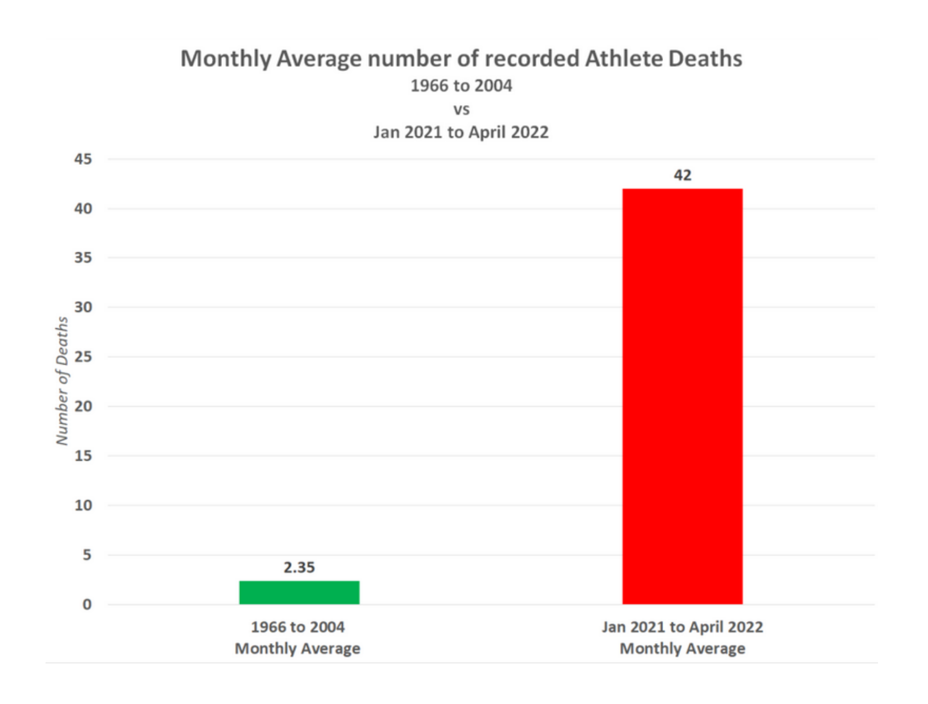
363 Australian national review, «Japan drops all vaxxine mandates, places myocarditis warning on label», 06.01.2022, *https://www.australiannationalreview.com/health/japan-drops-all-vaxxine-mandates-places-myocarditis-warning-on-label/*.

Hospital auftraten. Dr. Yamamotos grösste Sorge waren die schädlichen Auswirkungen der COVID-«Impfstoffe» auf das Immunsystem. Er berichtete über zahlreiche postoperative Infektionen bei geimpften Patienten nach Operationen am offenen Herzen, welche auch nach mehreren Wochen Antibiotikatherapie nicht kontrolliert werden konnten. Er forderte, dass das Verabreichen weiterer Auffrischimpfungen zur Sicherheit der Patienten umgehend gestoppt werden müsse.[364]

1.8.6. Plötzliche und unerwartete medizinische Zwischenfälle und Todesfälle bei Sportlern

533 Laut einer 2006 veröffentlichten Studie der Abteilung für pädiatrische Kardiologie des Universitätsspitals Lausanne wurden von 1966 bis 2004 weltweit 1'101 Fälle eines plötzlichen Herztodes bei Sportlern unter 35 Jahren verzeichnet, was einer Rate von 2.35 Todesfällen pro Monat entspricht.[365]

534 Im Vergleich hierzu wurden von Januar 2021 bis April 2022 673, bis zum 4. Juni 2022 715 Todesfälle von Athleten dokumentiert, was einer Rate von 42 Todesfällen pro Monat und somit einem Anstieg um Faktor 18 gegenüber den Vorjahren entspricht:[366]



---

[364] YAMAMOTO, «Adverse effects of COVID-19 vaccines and measures to prevent them», 05.06.2022, *https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-022-01831-0*.

[365] BILLE et al., «Sudden cardiac death in athletes: the Lausanne Recommendations», 01.12.2006, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17143117/*.

[366] Real Science, «1090 Athlete Cardiac Arrests, Serious Issues, 715 Dead, After COVID Injection», 13.06.2022, *https://goodsciencing.com/covid/athletes-suffer-cardiac-arrest-die-after-covid-shot/*.

535 Seit Start der Impfkampagne Anfang 2021 bis zum 24.06.2022 wurden international 14’013 medizinische Zwischenfälle und «plötzliche Todesfälle» bei Profi- und Amateursportlern verzeichnet. Der Altersdurchschnitt dieser Fälle lag bei 40 Jahren.[367]

536 Da der grösste Teil der Sportler vollständig geimpft ist, muss aufgrund der engen zeitlichen Korrelation der sprunghaften Fallzahlzunahme mit dem weltweiten Impfstart davon ausgegangen werden, dass diese Zwischenfälle in unmittelbarem Zusammenhang mit den COVID-«Impfungen» stehen.

537 Das Österreichische Bundesministerium empfahl im Februar 2022 drei Tage nach der COVID-«Impfung» körperliche Schonung, sowie generell eine Sportkarenz für eine Woche. Bei Erschöpfung, Müdigkeit oder Fieber innerhalb von 3 Wochen nach der «Impfung» solle körperliche Anstrengung und Leistungssport gänzlich vermieden werden.[368] Der kausale Zusammenhang von potentiellen medizinischen Zwischenfällen und der «Impfung» wurde somit indirekt anerkannt.

538 Da sich die Fälle von «plötzlich und unerwarteten Todesfällen» weltweit in einem noch nie dagewesenen Ausmass häuften und wohl auch in der Öffentlichkeit immer weniger verstecken liessen, wurde im Juni 2022 als Oberbegriff für unerwartete Todesfälle bei jungen Menschen das «plötzliche Todessyndrom bei Erwachsenen» («Sudden adult death syndrom», «SADS») eingeführt. Leute unter 40 Jahren wurden aufgefordert, auch wenn sie sich fit und jung fühlten, ihr Herz dringend untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob sie ein erhöhtes Risiko für ein SADS haben.[369]

539 Während öffentlich ein Zusammenhang des SADS mit der COVID-«Impfung» bis dato dementiert wurde, zeigten internationale Untersuchungen, dass eine signifikante Zunahme von kardiovaskulären Notfällen (siehe N 306 ff.) und eine beobachtete Übersterblichkeit (hinten N 592 f. und N 611 ff.) alle mit der COVID-Impfkampagnen korrelierten.

540 Das Auftreten einer Myokarditis im Zusammenhang mit einer COVID-«Impfung» ist sehr viel häufiger, als dies öffentlich zugegeben wird (siehe N 382 ff., N 434 ff., N 480, N 487 ff., 526 ff., 552 ff.). Der plötzliche Herztod ist eine bekannte Komplikation der Myokarditis (N 379).

---

367 Plötzlich und unerwartet, «Sportler, Trainer und Zuschauer von Sportereignissen», Stand 24.06.2022, *https://ploetzlich-und-unerwartet.net/*.

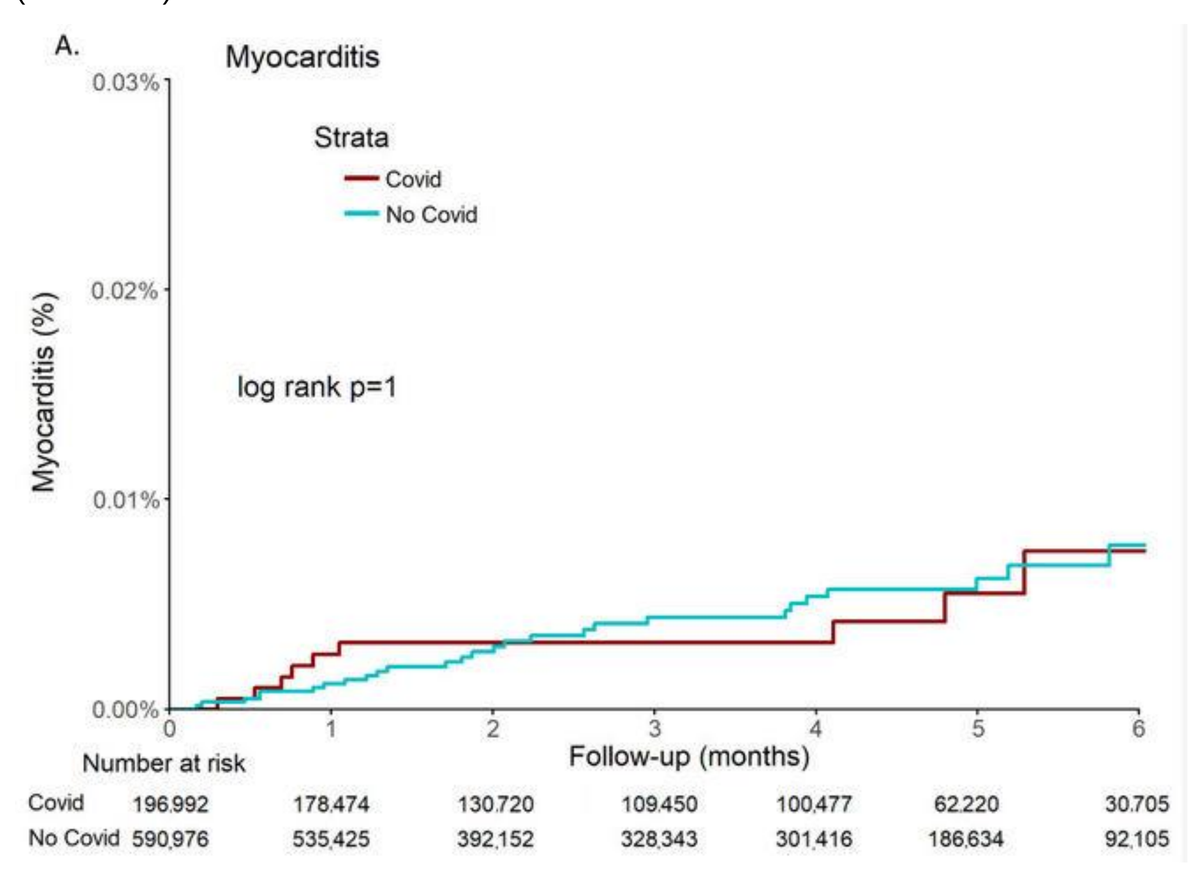
368 Sozialministerium, «Allgemeine Fragen», 20.05.2022, *https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Corona-Schutzimpfung---Haeufig-gestellte-Fragen/Corona-Schutzimpfung-%E2%80%93-Haeufig-gestellte-Fragen---Allgemeine-Fragen.html#impfung-spezieller-personengruppen.%20-%3E%20pdf*.

369 New Zealand Herald, «What is Sads? Healthy young people dying from Sudden Adult Death Syndrome», 07.06.2022, *https://www.nzherald.co.nz/lifestyle/what-is-sads-healthy-young-people-dying-from-sudden-adult-death-syndrome/TIOAK4SYPF5LFSKP5QZCVG23IM/*.

541 All diese Daten sprechen unverkennbar für eine Korrelation der seit Start der Impfkampagne in einem noch nie dagewesenen Ausmass auftretenden Fälle von «SADS» mit der COVID-«Impfung».

1.8.7. Myokarditis nicht Folge einer COVID-Erkrankung

542 Hinsichtlich Nutzen-Risiko-Abwägung wird seitens der Behörden gerne damit argumentiert, dass das Risiko für das Auftreten einer Myokarditis nach einer COVID-«Impfung» ähnlich hoch sei wie nach einer COVID-Erkrankung.[370] Diese These wurde im April 2022 durch eine grosse israelischen Datenbankanalyse[371] widerlegt: In der Gruppe von rund 197'000 an COVID-Erkrankten (positiver PCR-Test in der Periode vom 07.03.2020 bis 31.01.2021) trat eine Myokarditis nicht häufiger auf als in einer Vergleichsgruppe (n=590'976):



370 BAG/EKIF, «Impfempfehlung für mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19», Stand 23.05.2022, S. 37 ff., *https://web.archive.org/web/20210414185954if_/https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/impfempfehlung-covid-19.pdf.download.pdf/Impfempfehlung%20f%C3%BCr%20mRNA-Impfstoffe%20gegen%20Covid-19.pdf*.

371 TUVALI et al., «The Incidence of Myocarditis and Pericarditis in Post COVID-19 Unvaccinated Patients—A Large Population-Based Study», 15.04.2022, *https://www.mdpi.com/2077-0383/11/8/2219/htm*.

543 Personen, welche eine COVID-«Impfung» erhalten hatten, wurden in dieser Analyse ausgeschlossen.

1.9. Alarmsignal: V-AIDS

544 Im Juni 2022 machte die auf die juristische Aufarbeitung von Impfschäden spezialisierte Deutsche Kanzlei *Rogert & Ulbrich Rechtsanwälte in Partnerschaft mbB* die Öffentlichkeit auf ein nach ihrem Eindruck weit verbreitetes Phänomen aufmerksam, das nach übereinstimmender Einschätzung von Experten auf die «Impfung» mit COVID-«Impfstoffen» zurückzuführen ist: Eine Schädigung des Immunsystems, welches in der Fachliteratur bereits in diversen Publikationen als «Vaccine-Acquired Immune Deficiency Syndrom» (V-AIDS) beschrieben worden war.[372] In den Publikationen war man zum Schluss gekommen, dass

- die COVID-«Impfstoffe» das Kommunikationssystem des Immunsystems durch Unterdrückung des Botenstoffes Interferon 1 schädigen und die mit mRNA-«Impfstoffen» Geimpften so anfälliger machen können für Infektionskrankheiten und Krebs.[373]
- das Spike-Protein eine «Synzytien-Bildung» verursacht, wobei viele menschliche Zellen zu einer Grosszelle fusionieren und hierbei die für die Immunabwehr wichtigen Lymphozyten geschädigt werden, so dass eine Lymphozytopenie entstehen kann.[374]
- die COVID-«Impfstoffe» die Funktion der natürlichen T-Killerzellen deaktivieren und das Erkennen von Viren und Krebszellen durch das Immunsystem so ausser Kraft setzen können.[375]

---

372 Focus Online, «Was ist V-Aids nach einer Impfung? Wie wird V-Aids diagnostiziert?», 16.06.2022, *https://www.focus.de/presseportal/was-ist-v-aids-nach-einer-impfung-wie-wird-v-aids-diagnostiziert_id_107968934.html*.

373 SENEFF, «Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs», 15.04.2022, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869152200206X*; IVANOVA, «SARS-CoV-2 mRNA vaccine elicits a potent adaptive immune response in the absence of IFN-mediated inflammation observed in COVID-19», 21.04.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33907755/*; LIU, «Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines», 26.10.2021, *https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3*.

374 ZHANG, «SARS-CoV-2 spike protein dictates syncytium-mediated lymphocyte elimination», 20.04.2021, *https://www.nature.com/articles/s41418-021-00782-3*.

375 LIU, «Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines», 26.10.2021, *https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3*.

545 Der Anwaltskanzlei war bereits in einer Vielzahl von Einzelfällen aufgefallen, dass Autoimmunerkrankungen im Anschluss an eine «Impfung» diagnostiziert worden waren. In den Blutuntersuchungen, welche in Auftrag gegeben worden waren, waren die entsprechenden Marker, welche für eine Schädigung des Immunsystems sprechen, nachweislich verändert.

546 Eine Schädigung des Immunsystems kann bekannterweise nicht nur zum gehäuften Auftreten von Autoimmunerkrankungen und Krebs führen, sondern auch zum vermehrten Auftreten von Infektionskrankheiten. Aktuelle internationale Zahlen belegen, dass international COVID-Hospitalisationen und Todesfälle aufgrund solcher Erkrankungen hauptsächlich Geimpften betreffen (N 581 ff.), was die These von V-AIDS zusätzlich stützt.

1.10. Weitere Daten über die Gefährlichkeit der «Impfstoffe»: Israel, US-Armee

1.10.1. Israel: 66% der Geboosterten hatten Nebenwirkungen

547 Die Resultate einer Untersuchung des Israelischen Zentrums für Seuchenkontrolle (*Israel's Center for Disease Control*), welche im Februar 2022 durch das Israelische Gesundheitsministerium publiziert worden waren, zeigten, dass **66% der Israelis, welche eine Auffrischimpfung bekommen hatten, an Nebenwirkungen litten,** welche mild bis schwerwiegend waren. Fast die Hälfte der 2049 Befragten gab an, dass sie deshalb Schwierigkeiten bei der Durchführung alltäglicher Aktivitäten hatten. Die häufigste Nebenwirkung bei Frauen waren Unregelmässigkeiten bei der Menstruation.[376]

1.10.2. US-Militär: Massive Zunahme von Nebenwirkungen

548 In einer aufsehenerregenden Anhörung im Senat der Vereinigten Staaten berichtete der Anwalt Tom Renz am 24. Januar 2022 über Daten aus einer **medizinischen epidemiologischen Datenbank des US-Militärs (Defense Medical Epidemiology Database, *DMED*)**, die ihm von Whistleblowern zugänglich gemacht worden war, und die zeigte, in welchem Ausmass dem US-Verteidigungsministerium Informationen über offensichtliche Nebenwirkungen der COVID-«Impfungen» vorlagen. Renz sagte aus, dass diese Daten auch der US-Gesundheitsbehörde *CDC* vorlägen, was bedeuten würde, dass die Regie-

376 DAVAR, «10% of women reported menstrual disorders (ISR / EN)», 10.02.2022, *https://en.davar1.co.il/360784/*; siehe dazu auch: Lifesitenews «Two-thirds of Israelis report having adverse reaction to COVID booster shots: survey», 01.03.2022, *https://www.lifesitenews.com/news/two-thirds-of-israelis-report-having-adverse-reaction-to-covid-booster-shots-survey/*.

rung der Öffentlichkeit die Unwahrheit sage. Renz sprach von Korruption. [377] Die Regierung klassifizierte die Daten kurz darauf als «Fehlinformation» und diffamierte Tom Renz öffentlich.[378]

549 Zahlen dieser *DMED* zeigten seit Start der COVID-Impfkampagne eine **Zunahme von Herzinfarkten um 270%**, von **Lungenembolien um 460%**, von **Nervenerkrankungen um 1000%**, von **Brustkrebs um 490%**, von **Fazialisparesen** (Gesichtslähmungen) **um 290%**, vom **Guillain-Barré-Syndrom** (ein schweres neurologisches Krankheitsbild mit Lähmungen, die meist beidseitig in den Beinen beginnen) **um 550%** und von **Fehlgeburten um 280%** im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt.[379]

1.11. Vielzahl weiterer Studien, die einen kausalen Zusammenhang indizieren

550 In Fortführung der weltweiten Studien bis zum 4. Juni 2021 (vorn N 285 ff.) und bis zum 26. Oktober 2021 (vorn N 433 ff.) wird auf folgende zusätzliche Studien hingewiesen, die **bis 1. März 2022** erschienen.

551 Im gesamten Zeitraum ab 1. Januar 2020 bis 1. März 2022 sind **mindestens 358 «peer reviewte» Publikationen** zu verzeichnen, welche einen Zusammenhang zwischen den COVID-«Impfungen» und akuten **Herzproblemen (128 Studien),** lebensbedrohlichen **thromboembolischen Ereignissen (223 Studien)** und **Todesfällen (7 Studien)** nachweisen oder zumindest nahelegen. Allerspätestens mit Auftreten der Omikron-Variante, welche rasch alle anderen bis dahin noch zirkulierenden Varianten verdrängte, ging für die gesamte Zielpopulation keinerlei lebensbedrohliche oder invalidisierende Gefahr von Sars-CoV-2 mehr aus (dazu hinten N 707). Zudem war längst klar, dass die COVID-«Impfungen» weitgehend wirkungslos waren (N 437 ff, N 556 ff.) Trotzdem wurden die befristeten Zulassungen angesichts der offenkundigen Schädlichkeit unverändert laufen gelassen, statt dass diese endlich sistiert und ins ordentliche Verfahren verwiesen worden wären. Wie «Swissmedic» unter diesen Umständen immer noch zu einem positiven «Kosten-Nutzen-Verhältnis» kommen konnte, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

---

[377] Alschner Klartext, «Die Whistleblower sind Militärs von sehr hohem Rang», 08.02.2022, *https://alschner-klartext.de/2022/02/08/die-whistleblower-sind-militaers-von-sehr-hohem-rang/.*

[378] The Washington Post, «One lawyer's rise shows how vaccine misinformation can fuel fund-raising and far-right celebrity», 20.09.2021, *https://www.washingtonpost.com/investigations/2021/09/20/vaccine-lawsuits-thomas-renz-covid/*.

[379] Renz Law, «Renz Whistleblowers DMED DATA reveals incredibly disturbing spikes in vaccine injuries across the board», 03.02.2022, *https://renz-law.com/attorney-tom-renz-whistleblowers-dmed-defense-medical-epidemiology-database-reveals-incredibly-disturbing-spikes-in-diseases-infertility-injuries-across-the-board-after-the-military-was-forced-to/.*

1.11.1. Herzprobleme (Myokarditis etc.): 38 Publikationen

552 Bis zum **1. März 2022** erschienen zusätzlich folgende **38 «peer reviewte» Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Herzproblemen (Myokarditis, Myopericarditis, Pericarditis, Perimyocarditis, etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- CHELALA et al., Myocarditis findings on cardiac magnetic resonance imaging after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents, 27.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34704459/*
- LI et al., Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: inequalities in age and vaccine types, 28.10.2021, *https://www.mdpi.com/2075-4426/11/11/1106*
- LAZAROS et al., A case series of acute pericarditis after vaccination with COVID-19 in the context of recent reports from Europe and the United States, 29.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34635376/*
- LIM et al., Case report: acute fulminant myocarditis and cardiogenic shock after messenger RNA coronavirus vaccination in 2019 requiring extracorporeal cardiopulmonary resuscitation, 29.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778411/*
- ISTAMPOULOUOGLOU et al., Myocarditis and pericarditis in association with COVID-19 mRNA vaccination: cases from a regional pharmacovigilance center, 30.10.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8587334/*
- FACETTI et al., Acute myocarditis in a young adult two days after vaccination with Pfizer, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709227/*
- JAIN et al., Myocarditis associated with COVID-19 vaccination in adolescents, 01.11.2021, *https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/5/e2021053427/181357*
- JOOB et al., Acute myocarditis after 2019 coronavirus disease vaccination, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734821/*
- PEREZ et al., Myocarditis after 2019 coronavirus disease mRNA vaccine: a case series and determination of incidence rate, 03.11.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab926/6420408*
- SHIYOVICH et al., Myocarditis following COVID-19 vaccination: MRI study, 05.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34739045/*
- KANETA et al., Young male with myocarditis after mRNA-1273 coronavirus disease-2019 (COVID-19) mRNA vaccination, 06.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744118/*
- BOURSIER et al., Ga-DOTATOC digital PET images of inflammatory cell infiltrates in myocarditis after vaccination with COVID-19, 08.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34746968/*

- SHEN et al., Acute pericarditis and cardiac tamponade after vaccination with Covid-19, 08.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34749492/*
- JHAVERI et al., Weighing the Risks of Perimyocarditis With the Benefits of SARS-CoV-2 mRNA Vaccination in Adolescents, 11.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34270752/*
- FOLTRAN et al., Myocarditis and pericarditis in adolescents after the first and second doses of COVID-19 mRNA vaccines, 16.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849667/*
- HO et al., A review of COVID-19 vaccination and the reported cardiac manifestations, 19.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34808708/*
- TINOCO et al., Perimyocarditis after vaccination with COVID-19, 24.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866957/*
- CHUA et al., Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co- vaccination, 28.11.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab989/6445179?login=true*
- KADWALWALA et al., Multimodality imaging and histopathology in a young man presenting with fulminant lymphocytic myocarditis and cardiogenic shock after vaccination with mRNA-1273, 30.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848416/*
- AZIR et al., STEMI mimicry: focal myocarditis in an adolescent patient after COVID-19 mRNA vaccination, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756746/*
- CARI et al., Cardiovascular, neurological, and pulmonary events after vaccination with BNT162b2, ChAdOx1 nCoV-19, and Ad26.COV2.S vaccines: an analysis of European data, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34710832/*
- DEB et al., Acute myocardial injury after COVID-19 vaccination: a case report and review of current evidence from the Vaccine Adverse Event Reporting System database, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219532/*
- KOUNIS et al., Hypersensitivity Myocarditis and COVID-19 Vaccines, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34856634/*
- WITBERG et al., Myocarditis after Covid-19 vaccination in a large healthcare organization, 02.12.2021, *https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2110737*
- NAGASAKA et al., Acute myocarditis associated with COVID-19 vaccination: report of a case, 03.12.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8639400/*
- MAEDA et al., Acute myocarditis defined after vaccination with 2019 mRNA of coronavirus disease, 04.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866122/*
- BUCHAN et al., Epidemiology of myocarditis and pericarditis following mRNA vaccines in Ontario, Canada: by vaccine product, schedule, and interval, 05.12.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.02.21267156v1*

- PATONE et al., Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection, 14.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34907393/*
- GELLAD, Myocarditis after vaccination against covid-19, 16.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34916217/*
- FAZLOLLAHI et al., Cardiac complications following mRNA COVID-19 vaccines: A systematic review of case reports and case series, 17.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34921468/*
- Clarke et al., Should T2 mapping be used in cases of recurrent myocarditis to differentiate between the acute inflammation and chronic scar?, 18.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34933012/*
- IOANNOU, T2 mapping should be utilised in cases of suspected myocarditis to confirm an acute inflammatory process, 21.12.2021, *https://academic.oup.com/qjmed/advance-article/doi/10.1093/qjmed/hcab326/6472386?login=true*
- KOHLI et al., mRNA Coronavirus-19 Vaccine-Associated Myopericarditis in Adolescents: A Survey Study, 22.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34952008/*
- TAKEDA et al., Eosinophilic Myocarditis Following Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination, 25.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34955479/*
- NYGAARD et al., Population-based Incidence of Myopericarditis After COVID-19 Vaccination in Danish Adolescents, 01.01.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34889875/*
- TRUONG et al., Clinical suspicion of myocarditis temporally related to COVID-19 vaccination in adolescents and young adults, 01.02.2022, *https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583?rfr_dat=cr_pub%2520%25200pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org*
- MURAKAMI et al., Myocarditis following vaccination with COVID-19 messenger RNA: a Japanese case series, 15.02.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840235/*
- CHOUCHANA et al., Features of Inflammatory Heart Reactions Following mRNA COVID-19 Vaccination at a Global Level, 01.03.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34860360/*

1.11.2. Gerinnungsstörungen etc. (Thrombosen, Hirnschläge etc.): 49 Publikationen

553 Bis zum **1. März 2022** erschienen zusätzlich folgende **49 «peer reviewte» Publikationen,** in denen ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer erhöhten Blutgerinnung

inkl. damit einhergehenden Folgen (Thrombosen, Hirnschläge etc.) und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- CHANG et al., Vaccine-associated thrombocytopenia and thrombosis: venous endotheliopathy leading to combined venous micro-macrothrombosis, 26.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34833382/*
- MARAMATTOM et al., Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with ChAdOx1: the first case of definite thrombosis with thrombocytopenia syndrome in India, 27.10.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34706921/*
- AL-MAYHANI et al., Ischemic stroke as a presenting feature of immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1-nCoV-19 vaccination, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035134/*
- BENNETT et al., Newly diagnosed immune thrombocytopenia in a pregnant patient after coronavirus disease 2019 vaccination, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420249/*
- BONATO et al., Massive cerebral venous thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia, 01.11.2021, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261296/
- CHEN et al., Palmar digital vein thrombosis after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34473841/*
- HUNDELSHAUSEN et al., Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): targeting pathologic mechanisms with Bruton's tyrosine kinase inhibitors, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851389/*
- KENDA et al., Treatment of acute ischemic stroke associated with ChAdOx1 nCoV-19 vaccine- induced immune thrombotic thrombocytopenia, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461442/*
- KRZYWICKA et al., Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination against SARS-CoV-2: an analysis of cases reported to the European Medicines Agency, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293217/*
- KUTER, Exacerbation of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34075578/*
- MUNGMUNPUNTIPANTIP et al., Thrombosis after adenovirus-vectored COVID-19 vaccination: a concern for underlying disease, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755555/*
- SIMSEK et al., Massive cerebral venous thrombosis and venous basin infarction as late complications of COVID-19: a case report, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373991/*

- SU et al., Case report: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia in a patient with pancreatic cancer after vaccination with messenger RNA-1273, 01.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790684/*
- KIM et al., Case report of immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 08.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751013/*
- BALDI et al., Thrombotic events after COVID-19 vaccination in over 50 years of age: results of a population-based study in Italy, 10.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835237/*
- SALEH et al., Case study of thrombosis and thrombocytopenia syndrome after administration of the AstraZeneca COVID-19 vaccine, 12.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781321/*
- CLEAVER et al., Endovascular treatment for vaccine-induced cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: report of three cases, 15.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34782400/*
- IFEANYI et al., Isolated pulmonary embolism after COVID vaccination: 2 case reports and a review of acute pulmonary embolism complications and follow-up, 15.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804412/*
- TOBAIQY et al., Thrombotic adverse events reported for Moderna, Pfizer, and Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccines: comparison of occurrence and clinical outcomes in the EudraVigilance database, 15.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835256/*
- QASIM et al., Relapse of immune thrombocytopenia after covid-19 vaccination in young male patient, 16.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804803/*
- YAGI et al., Cerebral venous sinus thrombosis after mRNA-based COVID-19 vaccination, 16.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783932/*
- GÜNTHER et al., Complicated case report of long-term vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia A, 17.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835275/*
- BRAUN et al., Case report: Take a second look: Cerebral venous thrombosis related to Covid-19 vaccination and thrombotic thrombocytopenia syndrome, 22.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34880826/*
- OSTROWSKI et al., Inflammation and platelet activation after COVID-19 vaccines: possible mechanisms behind vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis, 23.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34887867/*
- SALIH et al., Vaccine-induced thrombocytopenia with severe headache, 25.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525282/*
- GORDON et al., Immune thrombocytopenia after immunization with Vaxzevria ChadOx1-S vaccine (AstraZeneca), Victoria, Australia, 26.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756770/*

- HASEGAWA et al., Unusual site of deep vein thrombosis after vaccination against coronavirus mRNA-2019 coronavirus disease (COVID-19), 27.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840204/*
- MUNGMUNPUNTIPANTIP et al., Major artery thrombosis and vaccination against ChAdOx1 nCov-19, 29.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839830/*
- BAKER et al., ChAdOx1 interacts with CAR and PF4 with implications for thrombosis with thrombocytopenia syndrome, 01.12.2021, *https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abl8213*
- GABARIN et al., Venous thromboembolism and mild thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384129/*
- GANGAT et al., Cerebral venous thrombosis and myeloproliferative neoplasms: a three-center study of 74 consecutive cases, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453762/*
- GRESELE et al., Adenovirus interactions with platelets and coagulation and vaccine-associated autoimmune thrombocytopenia thrombosis syndrome, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407607/*
- HAFEEZ et al., COVID-19 vaccine-associated thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS): systematic review and post hoc analysis, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698582/*
- HAIMEI, Concerns for adverse effects of thrombocytopenia and thrombosis after adenovirus- vectored COVID-19 vaccination, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34541935/*
- HINTON et al., Anaphylactoid reaction and coronary thrombosis related to COVID-19 mRNA vaccine, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34863404/*
- IKENBERG et al., Cerebral venous sinus thrombosis after ChAdOx1 nCov-19 vaccination with a misleading first brain MRI, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34244448/*
- SCAVONE et al., Platelet activation and modulation in thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with the ChAdO × 1 nCov-19 vaccine, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474550/*
- UNDERDOWN et al., Thrombocytopenia in an adolescent with sickle cell anemia after COVID-19 vaccination, 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331506/*
- GREINACHER et al., Information on ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia, 02.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587242/*
- SANTIN, VITT (vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia) after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19, 02.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731555/*

- ANDERSON et al., Occurrence of splenic infarction due to arterial thrombosis after vaccination with COVID-19, 07.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34876440/*
- Gardellini et al., Severe immune thrombocytopenia following COVID-19 vaccination: report of four cases and review of the literature, 09.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34653943/*
- ALEEM et al., Coronavirus (COVID-19) Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT), 01.01.2022, *https://scholarlyworks.lvhn.org/cgi/viewcontent.cgi?article=3056&context=medicine*
- DIJK et al., Relapse of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination, 01.01.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591991/*
- LIN et al., Abdominal pain and bilateral adrenal hemorrhage from immune thrombotic thrombocytopenia induced by COVID-19 vaccine, 09.01.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546343/*
- THACHIL, COVID-19 vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia thrombosis (VITT) and shades of gray in thrombus formation, 01.02.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34624910/*
- VAN DIJK et al., A case of unusual mild clinical presentation of COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with splanchnic vein thrombosis, 01.02.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34843991/*
- WAGGIALLAH, Thrombosis formation after COVID-19 vaccination immunologic aspects: review article, 01.02.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629931/*
- KUZUMI et al., Genital necrosis with cutaneous thrombosis following vaccination with COVID-19 mRNA, 01.03.2022, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839563/*

1.11.3. Todesfälle: 2 Studien

554 Bis zum **1. März 2022** (bzw. bis Ende 2021) erschienen zusätzlich folgende **2 «peer reviewte» Publikationen,** in welcher ein Zusammenhang zwischen dem Tod von geimpften Personen und den COVID-«Impfungen» nachgewiesen (oder zumindest ein diesbezüglich erheblicher Verdacht aufgezeigt) wurde:

- STASSI et al., An Insight into the Role of Postmortem Immunohistochemistry in the Comprehension of the Inflammatory Pathophysiology of COVID-19 Disease and Vaccine-Related Thrombotic Adverse Events: A Narrative Review, 06.11.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34769454/*
- SESSA et al., Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review, 15.12.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34945172*

2. Wirksamkeit

2.1. Omikron-Variante: Rasche Abnahme der (relativen) Wirksamkeit (RRR)

555 Hinsichtlich spezifischer Wirksamkeit der COVID-«Impfung» bei der Omikron-Variante im Speziellen ist vorab zu bemerken, dass diese sich virusgenetisch viel stärker von dem ursprünglichen Wuhan-Stamm unterschied als die Beta- und Delta-Varianten.[380] Somit ist nicht verwunderlich, dass die (relative) Wirksamkeit (RRR) gegen Ansteckung bei der Omikron-Variante direkt nach der «Impfung» deutlich abnahm:

2.1.1. Dänische Studie: Relative Wirksamkeit von 37%–55%

556 Eine dänische Kohortenstudie, welche die Daten von 5'767 an Omikron Erkrankten analysiert hatte, kam im Dezember 2021 zum Schluss, dass Comirnaty® für kurz vor der Erkrankung Geimpfte nur noch eine Wirksamkeit von 55% und Spikevax® von 37% gegen Omikron aufwies und dass diese Wirksamkeit innerhalb von 5 Monaten signifikant weiter abnahm.[381]

2.1.2. Schwedische Studie: Relative Wirksamkeit von 23–59%

557 Eine gross angelegte retrospektive schwedische Untersuchung, welche die in einem Register hinterlegten Daten von 1.6 Millionen Geimpften und Ungeimpften untersuchte, kam im Februar 2022 zum Schluss, dass die relative Wirksamkeit der COVID-«Impfungen», sowohl hinsichtlich des Verhinderns von COVID-Erkrankungen jeglichen Schweregrades, als auch hinsichtlich schwerer Krankheitsverläufe, im zeitlichen Verlauf drastisch sank: Sechs Monate nach der 2. Injektion wurde für Comirnaty® noch eine Wirksamkeit von gerade einmal 23%, für Spikevax® von 59% berechnet.[382]

2.1.3. US-Studie: Relative Wirksamkeit bei Kindern rasch auf 12–51% gesunken

558 Im Rahmen einer Kohortenstudie ermittelten Forscher des New York State Department of Health (*NYSDH*) die Wirksamkeit des mRNA-Impfstoffs Comirnaty® gegen COVID-19

---

[380] 7argumente, «COVID-19-Impfpflicht ist verfassungswidrig», 09.03.2022, S. 10, *https://7argumente.de/download/910/.*

[381] HOLM HANSEN et al., «Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study», Preprint vom 23.12.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3.full.pdf+html*.

[382] NORDSTRÖM et al., «Risk of infection, hospitalisation, and death up to 9 months after a second dose of COVID-19 vaccine: a retrospective, total population cohort study in Sweden», 04.02.2022, *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622000897?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1*.

sowie gegen COVID-19-bedingte Hospitalisierungen bei **Kindern der beiden Altersklassen 5 bis 11-Jährigen** und **12 bis 17-Jährigen** im Bundesstaat New York und publizierten die Ergebnisse im Februar 2022. Sie analysierten zwei Impfdatenbanken, sowie jeweils eine Datenbank zu meldepflichtigen COVID-19-Testergebnissen und Krankenhauseinweisungen. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 13. Dezember 2021 bis zum 30. Januar 2022. In der vollständig geimpften Kohorte der **5 bis 11-Jährigen** (365’502 Kinder) sank die Effektivität des Impfstoffs gegen COVID-19 rasch ab: In der Woche vom 13. Dezember 2021 betrug die **Wirksamkeit 68 Prozent, sechs Wochen später nur noch 12 Prozent.** In der Gruppe der vollständig geimpften 12-17-Jährigen (852’384 Kinder) **sank die Wirksamkeit** im selben Zeitraum **von 66 Prozent auf 51 Prozent.** In Bezug auf **Corona-bedingte Hospitalisierungen sank** die **Wirksamkeit bei Kindern** zwischen fünf und elf Jahren von **100 Prozent** in der Woche vom 13. Dezember 2021 **auf 48 Prozent** in der Woche vom 24. Januar, und bei den 12 bis 17-Jährigen **sanken die Werte von 85 auf 73 Prozent**. [383] In dieser Publikation wurde die Wirksamkeit einmal mehr nur basierend auf der relativen Risikoreduktion präsentiert. Angaben zu zugrundeliegenden Fallzahlen fehlen.

2.1.4. Kanada: Relative Wirksamkeit bei maximal 36%

559 Aufgrund einer Datenbankanalyse, die im Januar 2022 als Preprint publiziert wurde, welche 16'087 positive Omikron-Fälle beinhaltete, wurde für den Bundesstaat Ontario, Kanada, für die Omikron-Variante und mit ihr im Zusammenhang auftretenden symptomatischen Erkrankungen eine «Impf-»Wirksamkeit von gerade einmal noch 36% berechnet. 180 Tage nach der zweiten Impfung war keine Wirksamkeit mehr vorhanden.[384]

2.1.5. Deutschland: Impfeffektivität Ende März 2022 nahe 0%

560 Das Deutsche *RKI* gab in seinem Wochenbericht vom 28. April 2022 zu:[385]

> «Auffallend ist das deutliche Absinken der berechneten Impfeffektivität sowohl der Grundimmunisierung als auch der Auffrischimpfung gegenüber einer symptomatischen Infektion in allen Altersgruppen seit Anfang

---

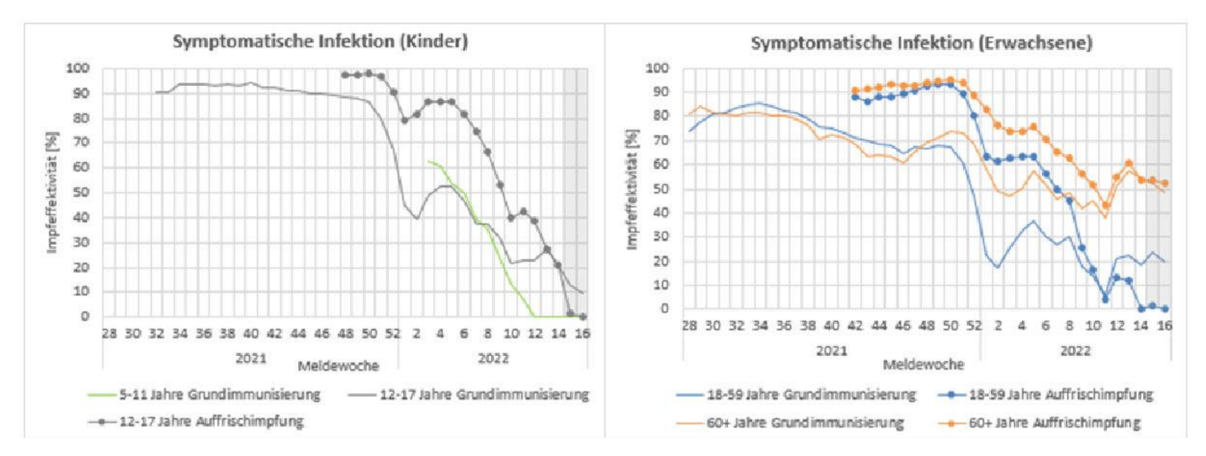
383 DORABAWILA et al., «Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5-11 and 12-17 years in New York after the Emergence of the Omicron Variant», Preprint vom 28.02.2022, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271454v1*.

384 BUCHAN et al., «Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta symptomatic infection and severe outcomes», Preprint vom 28.1.2022, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268565v2*.

385 RKI, «Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)», 28.04.2022, S.30/31, *https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-04-28.pdf?__blob=publicationFile*.

2022, also mit Dominanz der Omikron-Variante. Diese Entwicklung zeigen auch die Inzidenzen symptomatischer COVID-19-Fälle nach Impfstatus. Seit Jahresbeginn sinkt auch die berechnete Impfeffektivität gegen Hospitalisierung: diese Entwicklung zeigt sich am deutlichsten für die Grundimmunisierung und in den Altersgruppen <60 Jahre und weniger ausgeprägt für die Auffrischimpfung und in der Altersgruppe ab 60 Jahre. Auch in anderen Ländern wurde mit Vorherrschen der Omikron-Variante eine im Vergleich zur Delta-Variante verminderte und mit der Zeit weiter nachlassende Effektivität der COVID-19-«Impfung» hauptsächlich gegen eine symptomatische Infektion beobachtet. Besonders niedrige Impfeffektivitäten zeigen sich für die Grundimmunisierung bei den Kindern zwischen 5 und 11 Jahren.»

561 Grafiken im Wochenbericht zeigten, dass die **Impfeffektivität** hinsichtlich symptomatischer Infektionen in der Gruppe der 5 bis 11-Jährigen mit «Grundimmunisierung» (zweifache Impfung) und bei den 12- bis 59-Jährigen mit «Auffrischungsimpfung» seit mindestens Ende März 2022 beim Nullpunkt lag:



562 Über Umwege und mit nicht nachvollziehbaren Argumenten schlussfolgerte das *RKI*, dass die «Impfung» dennoch einen guten Schutz vor schweren Verläufen und Hospitalisationen generiere. Dies wurde mittlerweile durch «Real-World-Evidence-Daten» aus diversen Ländern klar widerlegt (hinten N 582 ff.).

563 **Im Bericht vom 5. Mai 2022 informierte das *RKI* kurz darauf, dass es keine Daten zur Impfwirksamkeit mehr publizieren werde**: «Ab dem heutigen Donnerstag sind im COVID-19-Wochenbericht des RKI keine regelmässigen Informationen zur Wirksamkeit der COVID-19-Imfpung mehr vorgesehen.»[386]

[386] RKI, «Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)», 05.05.2022, S. 4,

2.2. Kein Schutz vor Übertragung und Infektion

564 In den von der ***EMA*** im November 2021 und März 2022 herausgegebenen **«*Assessment reports*»** von Comirnaty® und Spikevax®[387] stand explizit, dass der Effekt der «Impfung» auf eine Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus in der Bevölkerung nicht bekannt sei:

> «**It is currently unknown if vaccination provides protection against asymptomatic infection,** and to what extent vaccination prevents further transmission. The efficacy against transmission would be of great interest to predict the impact of the vaccine against SARS-CoV-2 circulation, particularly among the paediatric population. … The duration of protection is unknown in children and adolescents, as well as among adults.» (Assessment report Comirnaty®, S. 40)
>
> «The efficacy of the vaccine in preventing SARS-CoV-2 shedding and transmission, in particular from individuals with asymptomatic infection, can only be evaluated post-authorisation in epidemiological or specific clinical studies.» (Assessment report Spikevax®, S. 145/147)

565 In einem im Januar 2022 in der renommierten Fachzeitschrift *The Lancet* publizierten Kommentar wurde bezugnehmend auf eine prospektive Studie in England hervorgehoben, dass der Effekt der COVID-«Impfung» auf die Übertragbarkeit von SARS-CoV-2 erst noch «geklärt werden müsse». Die Studie, welche von September 2020 bis September 2021 8'145 Proben untersucht hatte, zeigte, dass **bei der Übertragung zirkulierender Varianten von SARS-CoV-2 bei Geimpften und Ungeimpften kein nennenswerter Unterschied zu beobachten war**.[388]

566 Das Deutsche *Robert Koch Institut* (*RKI*) gab im März 2022 bekannt, dass davon ausgegangen werden müsse, dass Menschen nach Kontakt mit SARS-CoV-2 trotz Impfung PCR-positiv würden, dabei auch Viren ausscheiden könnten und infektiös seien. Dabei könnten diese Menschen entweder Symptome einer Erkrankung oder überhaupt keine Symptome entwickeln. Zudem liesse der Impfschutz über die Zeit nach, und die Wahr-

---

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-05.pdf?__blob=publicationFile.

387 European medicines agency, «Assessment report Comirnaty», 25.11.2021, S. 40, *https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-x-0077-epar-assessment-report-extension_en.pdf*; European medicines agency, «Assessment report Spikevax», 11.03.2021, S. 146 f., *https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf.*

388 FRANCO-PAREDES, «Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals», 01.01.2022, *https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext.*

scheinlichkeit, trotz Impfung PCR-positiv zu werden, nähme zu. Die Impfstoff-Wirksamkeit nach einer Grundimmunisierung sei gegenüber Omikron «deutlich reduziert».[389]

567 Prof. Andreas Radbruch, Immunologe und Vizepräsident der Föderation europäischer immunologischer Fachgesellschaften (*EFIS*) und Mitglied der Leopoldina sowie der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, schrieb am 21.03.2022 in einer Stellungnahme an den Deutschen Bundestag, dass die **Viruslast infizierter Geimpfter hoch** und der **Schutz vor einer Impfung nur kurzfristig** sei.[390]

2.3. Genesene sind vor einer erneuten COVID-Erkrankung besser geschützt als Geimpfte

568 Bereits bis Ende 2021 wurde in über 60 Publikationen belegt, dass **eine durchgemachte Erkrankung zuverlässig vor einer Re-Infektion schützte und die so erworbene Immunität einer «Impfung» überlegen** war (siehe vorn N 298 ff. und N 478 ff.).

569 Im Dezember 2021 war bekannt, dass insbesondere auch die Antikörpervielfalt bei Genesenen grösser war als bei Geimpften.[391]

570 Es zeigte sich im Verlauf, dass dieser Schutz bei Genesenen auch durch neue Virusmutationen nicht gebrochen wurde. Bei der Ansteckung mit dem Delta-Stamm wurde nach einer Vorinfizierung mit Alpha die gleiche absolute Risikoreduktion (sowohl für einen erneuten positiven PCR-Test als auch für eine symptomatische Erkrankung) gefunden wie bei der Ansteckung mit Alpha nach Alpha. **Von 50'327 Patienten, welche vor dem 31. Dezember 2020 positiv getestet worden waren, wurde nur in 40 Fällen (0,08%) eine Reinfektion mit der Delta- Variante beobachtet.** Die Dauer der Immunität betrug mindestens 13 Monate.[392]

571 Eine gross angelegte retrospektive Beobachtungsstudie, in der Wissenschaftler der Universität Oxford die über den Zeitraum von Juni bis August 2021 generierten Daten von 124'500 Personen in Israel analysierten, kam im April 2022 zum Schluss, dass geimpfte Personen ein 13-fach höheres Risiko für eine erneute Infektion und ein 7-fach höheres

---

389 RKI, «Impfen Wirksamkeit», Stand 18.3.2022, *https://web.archive.org/web/20220320013601/https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html*.

390 RADBRUCH, «Stellungnahme an den Deutschen Bundestag», 21.03.2022, *https://www.bundestag.de/resource/blob/885544/603140227998e5482d2fb207eedbc13a/20_14_0017-27-_Prof-Dr-Andreas-Radbusch_Impfpflicht-data.pdf*.

391 Pharmazeutische Zeitung, «Antikörperbildung bei Genesenen und Geimpften unterschiedlich», 13.12.2021, *https://www.pharmazeutische-zeitung.de/antikoerperbildung-bei-genesenen-und-geimpften-unterschiedlich-130191/.*

392 KIM et al., «Duration of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Natural Immunity and Protection Against the Delta Variant: A Retrospective Cohort Study», 03.12.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8690283/*.

Risiko für eine erneute symptomatische Erkrankung mit «Delta» hatten als genesene Ungeimpfte.[393]

572 Am 11. April 2022 wurde in Tennessee, USA, das **Gesetz zur rechtlichen Gleichstellung von natürlicher und mittels «Impfung» erworbener Immunität gegen COVID-19 mit überwältigender Mehrheit** vom Unterhaus des Parlaments mit der Begründung, dass «der durch eine frühere COVID-19-Infektion erworbene Immunschutz mindestens ebenso schützend gegen COVID-19 wie ein COVID-19-Impfstoff sei», **beschlossen**. Es gäbe daher «keinen vernünftigen Grund, Personen, die eine frühere COVID-19-Infektion durchgemacht haben, anders zu behandeln als Personen, die einen COVID-19-Impfstoff erhalten haben», so die Schlussfolgerung.[394]

2.4. Mangelhafte Erfassung von «Impfdurchbrüchen»

573 «Impfdurchbrüche» wurden in der Schweiz seit Ende Oktober 2021 nur noch für Hospitalisierte und Todesfälle erfasst.[395] Doch selbst diese Erfassung erfolgte ganz offensichtlich in völlig ungenügender Weise:

574 Einige Spitäler hatten nämlich *frühestens* im Spätsommer 2021 überhaupt damit begonnen, den Impfstatus systematisch zu erfassen. Das Kantonsspital St. Gallen bestätigte auf Anfrage, dass der Impfstatus bei Hospitalisierten bis zum 23. August 2021 nicht systematisch erhoben worden sei.

BO: Beilage **21:** E-Mail-Antwort bzgl. Impfstatus, Kantonsspital St. Gallen, 23.08.2021

575 Den Anzeigeerstattern liegen zudem interne Weisungen weiterer Spitäler vor, wonach die schriftlich-offiziellen Anordnungen zur systematischen Erfassung des «Impfstatus» sogar erst im November 2021 (USZH) erfolgte.

BO: Beilage **22:** Universitätsspital Zürich (USZ), «Interne Information, Erfassung Impfstatus im KISIM», 30.11.2021

576 Bei anderen Spitälern war selbst zu jenem späten Zeitpunkt offenbar keine Weisung zur zwingenden Erfassung ergangen: So hielt das etwa das Luzerner Kantonsspital fest, dass eine Erfassung des Zertifikats (und damit des «Impfstatus») nur «falls klinisch relevant» erfolgen solle.

---

393 GAZIT et al., «SARS-CoV-2 Naturally Acquired Immunity vs. Vaccine-induced Immunity, Reinfections versus Breakthrough Infections: a Retrospective Cohort Study», 05.04.2022, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciac262/6563799?login=false.*

394 State of Tennessee, «Public Chapter No. 930, House Bill No. 1871», 11.04.2022, *https://publications.tnsosfiles.com/acts/112/pub/pc0930.pdf*.

395 Beobachter, «BAG erfasst Impfdurchbrüche nicht konsequent», 02.12.2021, *https://www.beobachter.ch/burger-verwaltung/chaos-in-der-statistik-bag-erfasst-impfdurchbruche-nicht-konsequent*.

BO: Beilage **23:** Luzerner Kantonsspital, LUKiS-News, Erfassung Zertifikat 'falls klinisch relevant', 27.11.2021

577 Diesem Umstand ging auch *Medinside* in einem investigativen Bericht vom 24. November 2021 nach: Laut einer entsprechenden Umfrage wurde der **Impfstatus in Schweizer Spitälern lediglich basierend auf Patientenbefragungen** und nicht mittels verlässlicher Methode – wie z.B. durch Erfassen des COVID-Zertifikates – festgehalten.[396]

578 **Zum Thema «Lack of efficacy»**, als welcher ein **«Impfdurchbruch»** zu klassifizieren ist, kommunizierte Swissmedic auf ihrer Webseite:[397]

⇓ Wann ist «lack of efficacy / loss of drug effect / drug ineffective» als Einzelmeldung meldepflichtig?

«Lack of efficacy» per se ist in der Schweiz nicht meldepflichtig. Swissmedic empfiehlt jedoch die Meldung aller Fälle von «lack of efficacy», insbesondere dann, wenn mit klinisch relevanten Folgeerscheinungen zu rechnen ist (z. B. bei Impfstoffen, Kontrazeptiva, Antibiotika oder Medikamenten zur Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen). Alle gemeldeten Fälle werden in die nationale Datenbank aufgenommen und anschliessend an die WHO Datenbank weitergeleitet.

Häufungen von «lack of efficacy» Fällen müssen gemäss HMG Art. 59 gemeldet werden.

579 In Anbetracht dieser Empfehlungen und der mangelhaften Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit zu den COVID-«Impfstoffen» erscheint es als gänzlich unverständlich, dass Swissmedic nicht von Anfang an Massnahmen ergriff, um eine verlässliche Erfassung des Impfstatus' bei positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten, insbesondere aber bei wegen COVID Hospitalisierten sicherzustellen, wenn es sich doch laut Zulassungskriterien bei COVID offiziell um eine lebensgefährliche Erkrankung handelt und Konsequenzen im Falle einer fehlenden Wirksamkeit demzufolge als schwerwiegend zu klassifizieren sind.[398] Bis Früh-

396 Medinside, «Wie genau sind die Zahlen über Geimpfte in Spitälern?», 24.11.2021, *https://www.medinside.ch/de/post/wie-genau-sind-die-zahlen-ueber-geimpfte-in-den-spitaelern.*

397 Swissmedic, «Häufige Fragen und Antworten: Allgemeine Pharmakovigilanz», 14.01.2015, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance/haeufige-fragen-und-antworten/haeufige-fragen-und-antworten--allgemeine-pharmakovigilanz.html*.

398 Beobachter, FN 395.

ling 2022 war immer noch bei rund 20% der wegen COVID Hospitalisierten der Impfstatus unbekannt (N 2.5.2.1ff.).

580 Bereits im ***«Post Marketing Pharmacovigilance-Report»***[399] von Pfizer/BioNTech mit Daten über die ersten 2.5 Monate nach Marktzulassung war über **1665 Fälle mit fehlender Wirkung nach Verabreichung von Comirnaty®** (788 Fälle nach der 1. Injektion, 139 Fälle nach der 2. Injektion, in 722 Fällen waren keine Angaben verfügbar) berichtet worden:

Lack of efficacy cases

- Number of cases: 1665[b] (3.9 % of the total PM dataset) of which 1100 were medically confirmed and 565 non medically confirmed;

2.5. Erkranken und sterben Geimpfte häufiger an COVID als Ungeimpfte?

581 Am 10.01.2022 räumte Pfizer CEO A. Bourla selbst ein, dass zwei Dosen des «COVID-Impfstoffes «nur begrenzt, wenn überhaupt wirksam» seien gegen «aktuelle Mutanten». Ein Booster biete aber einen «akzeptablen Schutz».[400] Dass dies nicht so ist, sondern die «Impfung» im Gegenteil anfälliger dafür macht, an COVID zu erkranken oder daran zu versterben, zeigen die nachfolgend präsentierten Daten sehr eindrücklich.

2.5.1. Internationale Tendenzen

582 Zahlreiche Untersuchungen aus diversen Ländern machten ab Herbst 2021 immer deutlicher, dass die «Impfung» nicht half, sondern die Impfquote im Gegenteil positiv korrelierte mit COVID-Infektionen und damit assoziierten Erkrankungen und Todesfällen.[401] Die «Impfung» scheint «Geimpfte» für schwere Verläufe im Zusammenhang mit der Omikron-Variante anfälliger zu machen.

2.5.1.1 USA

583 *Walgreens*, eine der grössten US-Amerikanischen Apothekenkette, welche in Kooperation mit *Aegis Sciences Coorperation* in den USA und Puerto Rico an über 5000 Lokalitäten PCR-Tests anbietet, veröffentlicht Daten, die zeigten, dass per 10. Mai 2022 (seit über 5

---

399 Pfizer, FN 278.

400 Science files, «Pfizer CEO: 2 Mal Comirnaty schützt nicht, 3 Mal ist nur wenig besser», 12.01.2022, *https://sciencefiles.org/2022/01/12/pfizer-ceo-2-mal-comirnaty-schuetzt-nicht-3-mal-ist-nur-wenig-besser/*.

401 KIRSCH, «The more we vaccinate, the higher the number of cases», 14.12.2021, *https://stevekirsch.substack.com/p/the-more-we-vaccinate-the-higher*.

Monaten) doppelt und dreifach Geimpfte die höchsten Raten von positiven SARS-CoV-2-Testergebnissen aufwiesen:[402]

2.5.1.2 *England*

584 Per 29. Dezember 2021 waren in England laut *UK Health Authority Agency* in 25.3% der Fälle Ungeimpfte, in 6.1% einmal Geimpfte, in 43.2% der Fälle doppelt Geimpfte und in 23.2% der Fälle dreifach Geimpfte für COVID-Hospitalisationen verantwortlich. Insgesamt waren somit **72.5% der wegen COVID hospitalisierten Patienten «geimpft»**:[403]

Table 3. Number of Omicron cases admitted or transferred to hospital at the end of presentation to emergency care by vaccination status, England. Data to 29 December 2021

Vaccination status	Count (n)	Percentage (%)
Unlinked*	18	2.2
Not vaccinated	206	25.3
Received one dose (1 to 20 days before specimen date)	1	0.1
Received one dose, ≥21 days before specimen date	49	6.0
Second dose ≥14 days before specimen date	352	43.2
Third dose or Booster ≥14 days before specimen date	189	23.2

* Individuals whose NHS numbers were unavailable to link to the National Immunisation Management System.

585 Der Trend, dass dreifach Geimpfte Hospitalisationen und Todesfälle im Zusammenhang mit einer COVID-Erkrankung anführten, verdeutlichte sich im Verlauf weiter:

586 In der Periode vom 28. Februar bis 27. März 2022 wurden laut *UK Health Authority Agency* 10'326 COVID-Hospitalisationen verzeichnet. Auf dreifach geimpfte Personen entfielen 6'750 (65.4%), auf (1 bis 3mal) geimpfte Personen insgesamt 8'261 (80.0%) und auf die nicht geimpfte Bevölkerung lediglich 2'065 (20.0%) der Fälle. Insgesamt wurden

402 Walgreens, «Walgreens COVID-19 Index», 22.06.2022, *https://www.walgreens.com/businesssolutions/covid-19-index.jsp*.

403 UK Health Security Agency, «SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England», 31.12.2021, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045619/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf*.

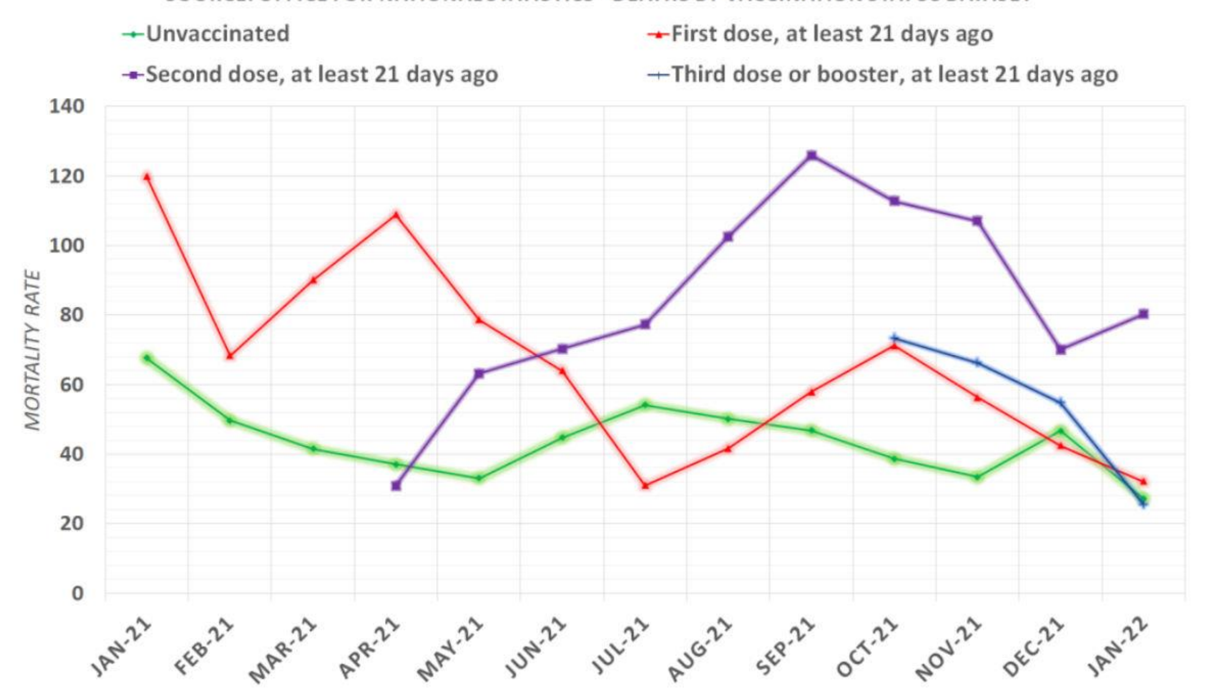
für die genannte Periode 4'057 COVID-Todesfälle verzeichnet, von denen 3'054 (75.2%) auf die dreifach geimpfte Bevölkerung, 3'736 (92%) Todesfälle auf (1-3mal) geimpfte Personen insgesamt und nur 321 (7.9%) auf die nicht geimpfte Bevölkerung entfielen. [404] **Dies bedeutete, dass 9 von 10 COVID-Todesfällen auf die geimpfte Bevölkerung und 4 von 5 COVID-Todesfällen auf die dreifach geimpfte Bevölkerung zurückzuführen waren.** Würde man, analog dazu, wie die «hohe» Wirksamkeit basierend auf den Zulassungsstudien mittels Relativer Risikoreduktion (RRR) kommuniziert wird, basierend auf diesen offiziellen Zahlen aus England die Wirksamkeit der COVID-«Impfstoffe» berechnen, ergäbe sich hinsichtlich Verhinderung von **COVID-Hospitalisationen** eine **Wirksamkeit** (RRR) von **minus 80%** und hinsichtlich **COVID-Todesfälle eine Wirksamkeit** (RRR) von **minus 92%**.

587 Die Zahlen des *Office for National Statistics* (*ONS*), ein anerkanntes statistisches Institut von England, welches die nationalen Sterbedaten nach Impfstatus aufbereitete, zeigten, dass die COVID-«Impfung» mit einem signifikant erhöhten Sterblichkeitsrisiko assoziiert war:[405]

---

404 UK Health Security Agency, «COVID-19 vaccine surveillance report, Week 13», 31.03.3022, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1066759/Vaccine-surveillance-report-week-13.pdf*.

405 ONS, «Deaths by vaccination status, England», 16.05.2022, Excel File «Deaths occurring between 1.1.2021 und 31.3.2022», *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland*; Grafik von The Exposé, «Doctors 'baffled' by sudden uptick in "Sudden Adult Death Syndrome" despite Government data proving COVID Vaccine is to blame», 09.06.2022, *https://expose-news.com/2022/06/09/covid-vaccine-causing-sudden-adult-death-syndrome/*.



2.5.1.3 *Schottland*

588 Aus einem Bericht von ***Public Health Scotland***, der am 22.12.2021 publiziert wurde, ging hervor, dass «nicht geimpfte» Patienten zwischen dem 20.11.2021 und dem 17.12.2021 nur für 27 % der **COVID-Krankenhauseinweisungen** verantwortlich waren, während **«geimpfte» Patienten 73 %** ausmachten. Es wurde weiter gezeigt, dass es zwischen dem 13.11.2021 und dem 10.12.2021 63 «COVID-Todesfälle» bei «Ungeimpften», 13 Todesfälle bei «teilweise Geimpften», 251 Todesfälle bei «doppelt Geimpften» und 35 Todesfälle bei «dreifach Geimpften» gab. Das bedeutete, dass nur 17 % der **Todesfälle zwischen dem 13.11.2021 und dem 10.12.2021** auf «nicht Geimpfte» und **83 % auf «Geimpfte» entfielen**.[406]

2.5.1.4 *Kanada*

589 Per 10. April 2022 wurden von der Kanadischen Gesundheitsbehörde *Health Canada* seit Beginn der Erfassung 15'775, per 17. April 2022 16'002 COVID-Todesfälle rapportiert.[407]

---

406 Public health Scotland, «COVID-19 statistical report», 22.12.2021, *https://publichealthscotland.scot/publications/covid-19-statistical-report/covid-19-statistical-report-22-december-2021/*.

407 YAKIWCHUK, «99.6% of Deaths in Vaccinated - 70% Boosted», 05.05.2022, *https://sheldonyakiwchuk.substack.com/p/996-of-deaths-in-vaccinated-70-boosted?s=r*.

Dies ergab für die Woche vom 10. April bis 17. April 2022 insgesamt 227 COVID-Todesfälle. Von diesen 227 Fällen waren 160 Personen (70.4%) vollständig geimpft und geboostert, 62 (27.3%) Menschen vollständig geimpft, d.h. insgesamt waren 222 (**97.7%**) an **COVID Verstorbene vollständig geimpft oder geboostert**. Im Vergleich hierzu betraf ein einziger COVID-Todesfall eine ungeimpfte Person:

Table 2. Characteristics and severe outcomes among unvaccinated, partially vaccinated, fully vaccinated, and fully vaccinated with additional dose confirmed cases reported to PHAC, as of April 10, 2022

		Unvaccinated (n=941,467)	Cases not yet protected (n=51,730)	Partially vaccinated (n=92,025)	Fully vaccinated (n=715,700)	Fully vaccinated with an additional dose (n=230,639)	Total cases (n=2,031,561)
Gender*	Male	477,182 (50.9%)	25,302 (2.7%)	44,618 (4.8%)	313,312 (33.4%)	77,620 (8.3%)	938,034 (100%)
	Female	455,757 (43.3%)	26,317 (2.5%)	46,679 (4.4%)	391,730 (37.2%)	131,873 (12.5%)	1,052,356 (100%)
Hospitalizations		50,461 (59.2%)	3,263 (3.8%)	4,713 (5.5%)	17,207 (20.2%)	9,623 (11.3%)	85,267 (100%)
Deaths		9,511 (60.3%)	783 (5.0%)	876 (5.6%)	2,770 (17.6%)	1,835 (11.6%)	15,775 (100%)

Table 2. Characteristics and severe outcomes among unvaccinated, partially vaccinated, fully vaccinated, and fully vaccinated with additional dose confirmed cases reported to PHAC, as of April 17, 2022

		Unvaccinated (n=945,183)	Cases not yet protected (n=51,758)	Partially vaccinated (n=92,518)	Fully vaccinated (n=723,415)	Fully vaccinated with an additional dose (n=250,951)	Total cases (n=2,063,825)
Gender*	Male	481,023 (49.9%)	25,338 (2.6%)	45,126 (4.7%)	319,680 (33.2%)	92,697 (9.6%)	963,864 (100%)
	Female	460,310 (42.1%)	26,344 (2.4%)	47,191 (4.3%)	401,674 (36.7%)	157,526 (14.4%)	1,093,045 (100%)
Hospitalizations		50,903 (58.1%)	3,264 (3.7%)	4,776 (5.5%)	17,795 (20.3%)	10,861 (12.4%)	87,599 (100%)
Deaths		9,512 (59.4%)	782 (4.9%)	881 (5.5%)	2,832 (17.7%)	1,995 (12.5%)	16,002 (100%)

590 Bei der Interpretation dieser Zahlen gilt es zu bedenken, dass die Erfassung der Fälle am 14. Dezember 2020 begann und somit am Anfang ein grosser Teil von COVID-Fällen von «Ungeimpften» in die Statistik einfloss, was die damalige hohe Quote eines hohen «Ungeimpften-Status» der Gesamtbevölkerung widerspiegelte.

2.5.1.5 Israel

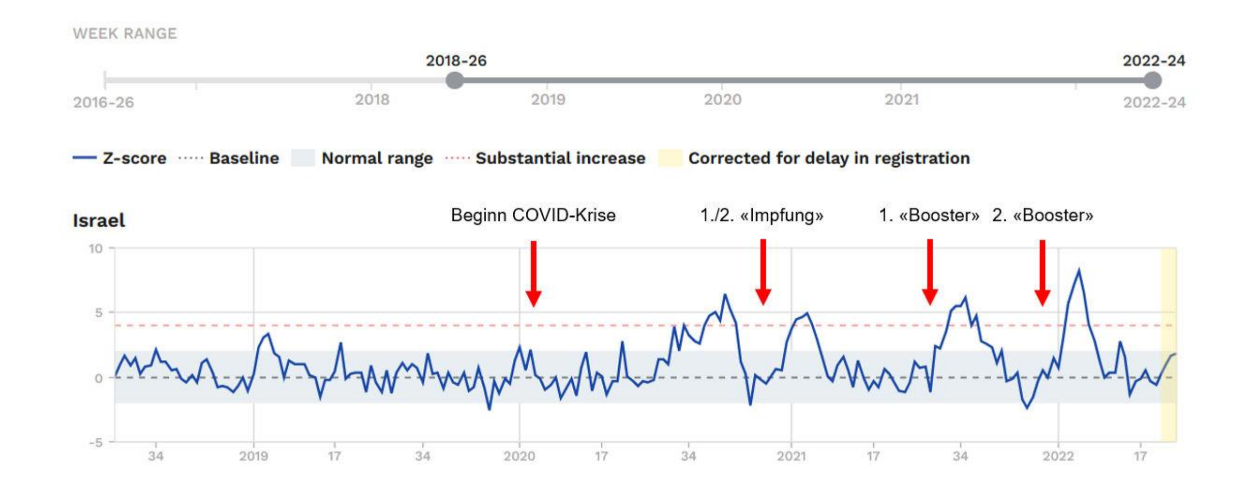
591 Prof. Jacob Giris, Leiter der COVID-Abteilung des Ichilov-Krankenhauses in Tel Aviv, gab in einem Interview Anfangs Februar 2022 bekannt, dass 70-80% der schwer an COVID erkrankten hospitalisierten Patienten dreifach geimpft waren und dass die «Impfung» somit hinsichtlich der Verhinderung von schweren COVID-Verläufen definitiv keine Bedeutung habe.[408]

592 Der europäische Mortalitäts-Monitor *EuroMomo* gab für Israel für Q1 2022 die höchste Übersterblichkeit seit Beginn der Corona-Krise an.[409] Die Daten aus Israel dokumentierten zwar noch keine bewiesene Kausalität, aber doch eine besorgniserregende eindrückliche Korrelation zwischen Injektionen und Gesamtsterblichkeit, die dringend abgeklärt werden muss:

---

408 Israel National News, «80% of serious COVID cases are fully vaccinated' says Ichilov hospital director», 03.02.2022, *https://www.israelnationalnews.com/news/321674*.

409 Euromomo, «Graphs an maps», 23.06.2022, *https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps* (Grafik ergänzt durch Zeitpunkt der verabreichten «Impfdosen»).



593 Da zu diesem Zeitpunkt die nachweislich ungefährliche Omikron-Variante zirkulierte, ist es naheliegender, diese Übersterblichkeit auf die hohe Durchimpfrate und nicht auf COVID zurückzuführen.

2.5.1.6 Australien

594 Laut Bericht der Gesundheitsbehörde von New South Wales waren per 16. April 2022 **45% aller COVID-Hospitalisierten 3mal, 26% zweimal, 2% einmal geimpft**, und bei 27% handelte es sich um Ungeimpfte oder um Patienten, wo der Impfstatus unbekannt war:[410]

Table 1. Vaccination status of people with a COVID-19 diagnosis in the previous 14 days who were admitted to hospital in the week ending 16 April 2022, NSW

Vaccination status	Admitted to hospital (but not to ICU) (%)	Admitted to ICU (%)	Total
Three or more doses	432 (45%)	35 (37%)	467 (45%)
Two doses	249 (26%)	27 (29%)	276 (26%)
One dose	19 (2%)	0 (0%)	19 (2%)
No dose/Unknown	253 (27%)	32 (34%)	285 (27%)
Total	953 (100%)	94 (100%)	1047 (100%)

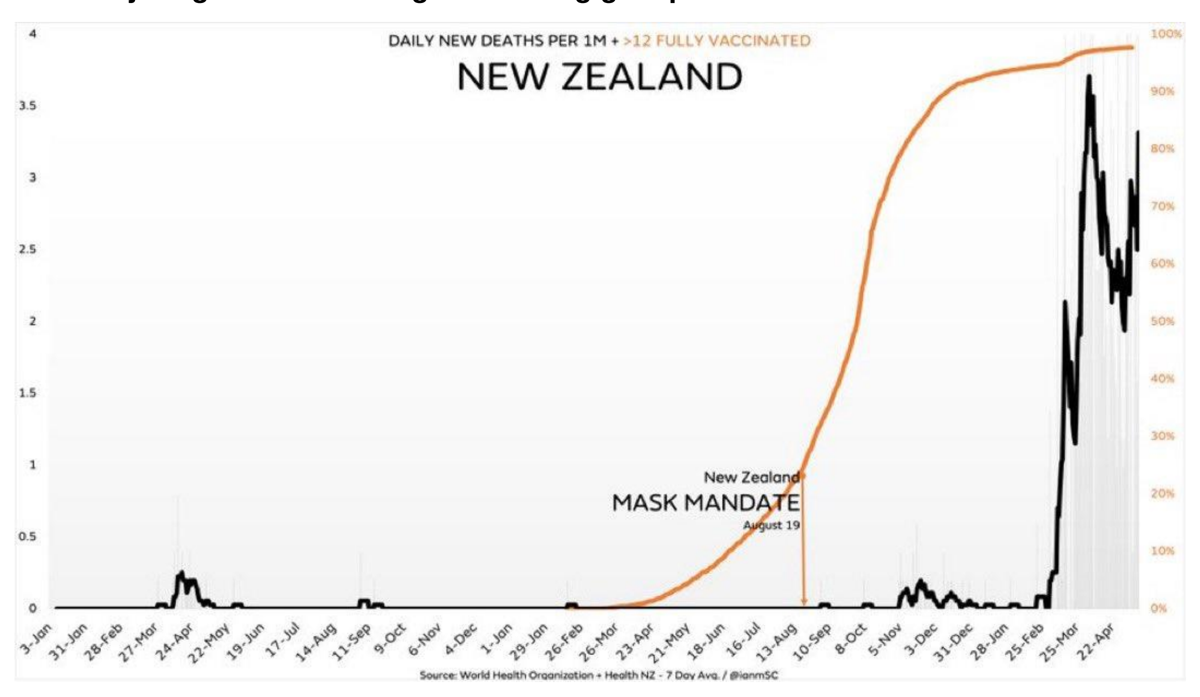
595 Von Beginn der Pandemie bis zum 31.12.2021 wurden in Australien laut *Our World in Data* insgesamt 2’253 COVID-Todesfälle gemeldet. Vom 01. Januar bis zum 08. Mai 2022 war diese Gesamtzahl der COVID-Toten um 5’263 Fälle auf 7’516 hochgeschnellt. Das bedeutet, dass **trotz nachweislich harmloser Omikron-Variante und hoher Durch-**

410 New South Wales Health, «NSW Covid-19 weekly data overview», 16.04.2022, *https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/Documents/weekly-covid-overview-20220416.pdf*.

impfquote (per 9.5.2022 waren 85% der Australischen Bevölkerung mindestens doppelt geimpft) **von Januar bis April 2022 70% aller COVID-Todesfälle** auftraten.[411]

2.5.1.7 Neuseeland

596 Eine weitere Entwicklung, welche bei einem wirksamen Impfstoff gegen SARS-CoV-2 in keiner Weise zu erwarten wäre, ist der Umstand, dass im «Zero-COVID»-Neuseeland die **Todesfälle seit Frühjahr 2022 massiv und sprunghaft anstiegen, obwohl 95% der über 12-jährigen Bevölkerung vollständig geimpft waren:**



597 Bis Mai 2022 wurden in Neuseeland in einer privaten Datenbank über 450 Todesfälle in einem zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» mit den dazugehörigen Detailinformationen registriert. Hiervon wurden in der offiziellen neuseeländischen Nebenwirkungsdatenbank *CARM* gerade einmal 160 Fälle erfasst, nur in drei Fällen wurde ein ursächlicher Zusammenhang mit der «Impfung» eingeräumt. Die Mehrheit der 450 Todesfälle betrafen junge Personen, inklusive Kinder, die ohne bestehende Vorerkrankungen plötzlich und unerwartet verstarben. In einem offenen Brief forderte die Vereinigung *New Zealand Doctors Speaking Out with Science* («NZDSOS») die Regierung am 24. Mai 2022 auf, die Details zu diesen Todesfällen genauer zu untersuchen und Informationen dazu zu veröffentlichen.[412]

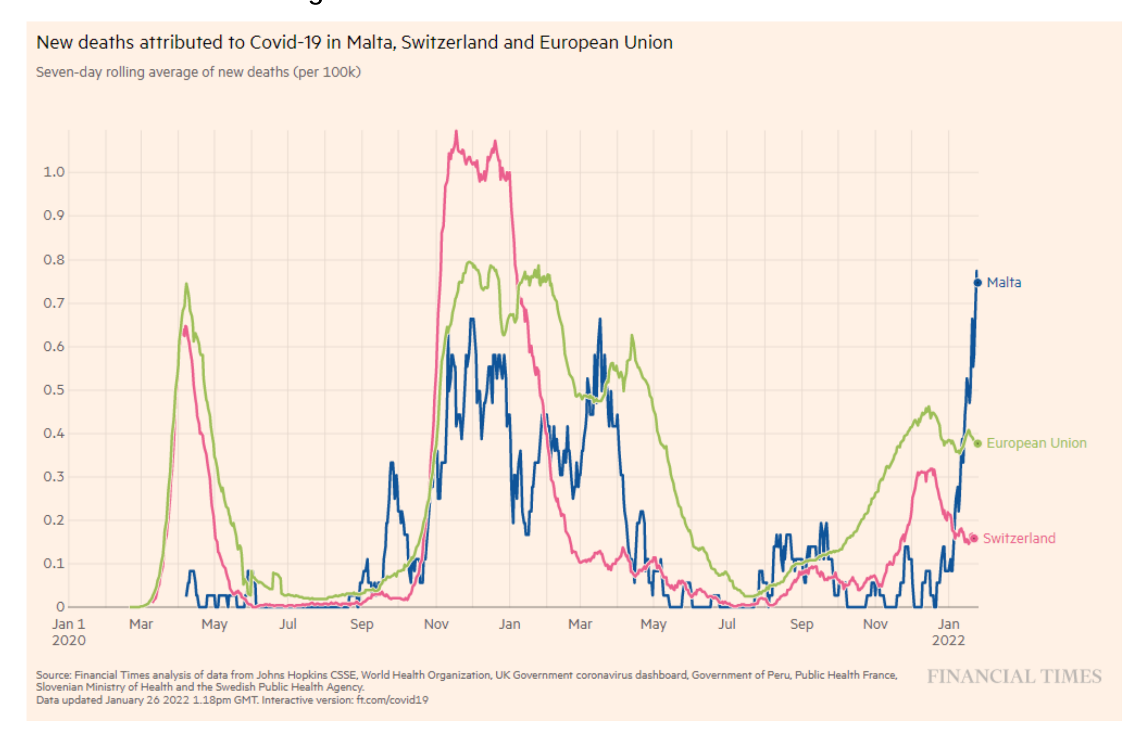
---

411 The Sidney Morning Herald, «We’re living with COVID but more of us are dying than ever», 07.05.2022, *https://www.smh.com.au/national/we-re-living-with-covid-but-more-of-us-are-dying-than-ever-20220429-p5ah7y.html*.

412 NZDSOS, «Deaths Following C-19 Vaccination», 24.05.2022, *https://nzdsos.com/2022/05/24/deaths-following-c-19-vaccination/*.

2.5.1.8 Malta

Malta verzeichnete mit einer der höchsten Durchimpfraten weltweit (Impfrate per 15.1.2022: Malta 85.3%, EU 70.3%, Schweiz, 67.5%[413]) im Januar 2022 die höchste COVID-Todesrate seit Beginn der Corona-Krise:

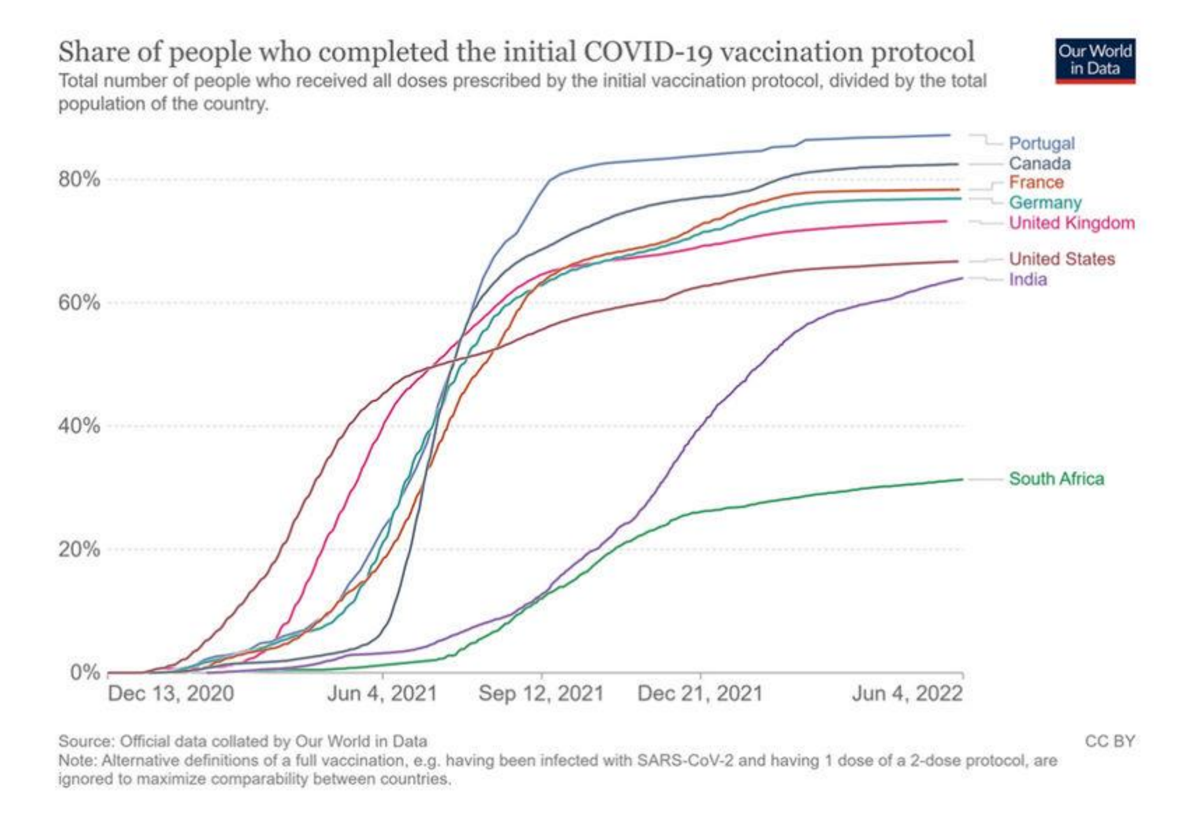


2.5.1.9 Vergleich Portugal-Südafrika

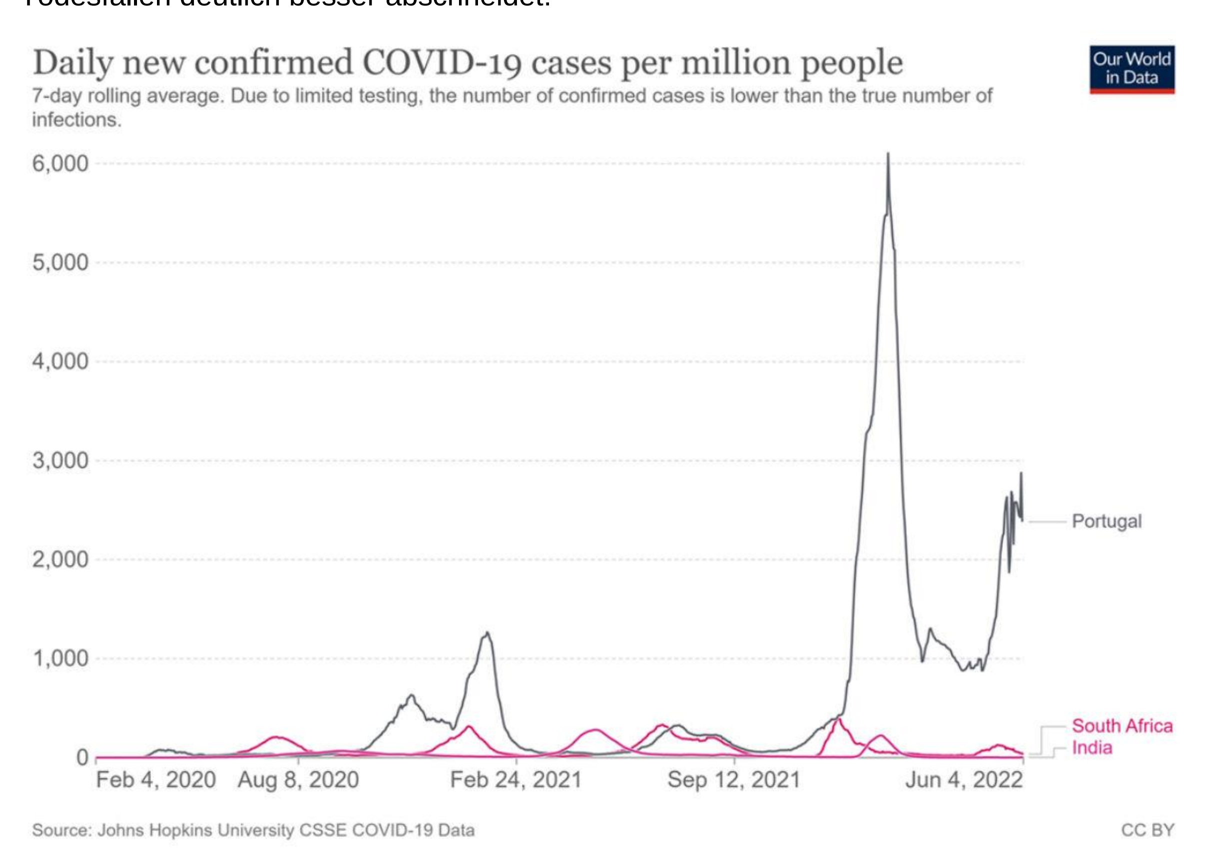
598 Portugal gehörte laut der Plattform «Our world in data» per Juni 2022 zu den Ländern mit der höchsten, Südafrika zu den Ländern mit der niedrigsten Durchimpfquote:[414]

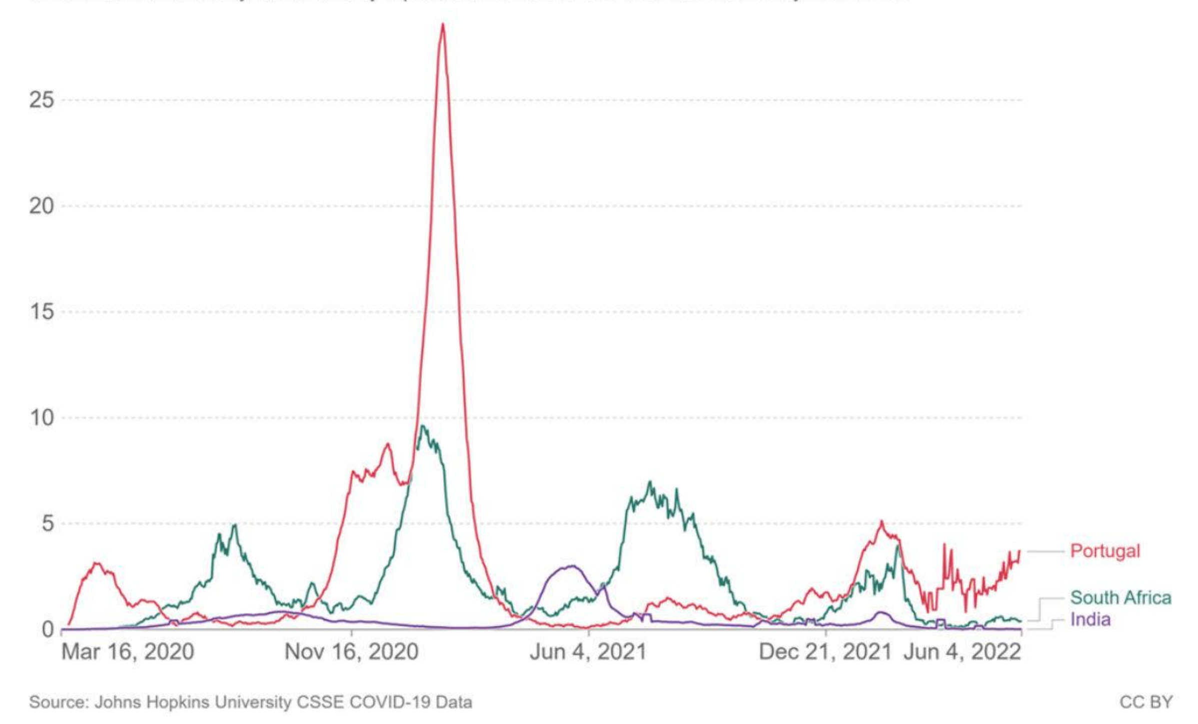
[413] Euronews, «Die EU-Länder im Vergleich: Wer impft schneller gegen Covid-19?», 17.01.2022, *https://de.euronews.com/my-europe/2021/11/09/eu-lander-im-vergleich-wer-impft-schneller-gegen-covid-19*.

[414] Our world in data, «Explore the global situation», 23.06.2022, *https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation*.



599 Unschwer ist bei einem Vergleich dieser beiden Länder auf den ersten Blick zu erkennen, dass Südafrika sowohl bei den rapportierten COVID-Fällen, als auch bei den COVID-Todesfällen deutlich besser abschneidet:





2.5.1.10 Dänemark

600 Laut einer Untersuchung steckten sich bei einer privaten Veranstaltung auf den Faröer Inseln Anfang Dezember 2021 21 von 33 Teilnehmern, alle Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, mit dem Coronavirus an und erkrankten symptomatisch. Alle 21 Personen waren dreifach geimpft.[415]

2.5.2. Gleiches Muster in der Schweiz

2.5.2.1 66.3% der COVID-Hospitalisierten sind «geimpft»

601 In der Schweiz wurden die COVID-Hospitalisationen spätestens seit Beginn des Jahres 2022 offiziell von einer konstant steigenden Anzahl geimpfter Personen getrieben[416]:

---

415 HELMSDAL et al., «Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers», 03.02.2022, *https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciac089/6520882?redirectedFrom=fulltext&login=false*.

416 BAG, «Fälle nach Impfstatus, Hospitalisationen», 23.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status?vaccStatusDevRel=relative*; BAG, «Fälle nach Impfstatus, Todesfälle», 23.06.2022,

602 Per Stichtag **31.1.2022** waren **42.7% der COVID-Hospitalisierten geimpft** (21.2% mit einer Auffrischimpfung), 36.4% ungeimpft, bei 20.1% war der Impfstatus «unbekannt».

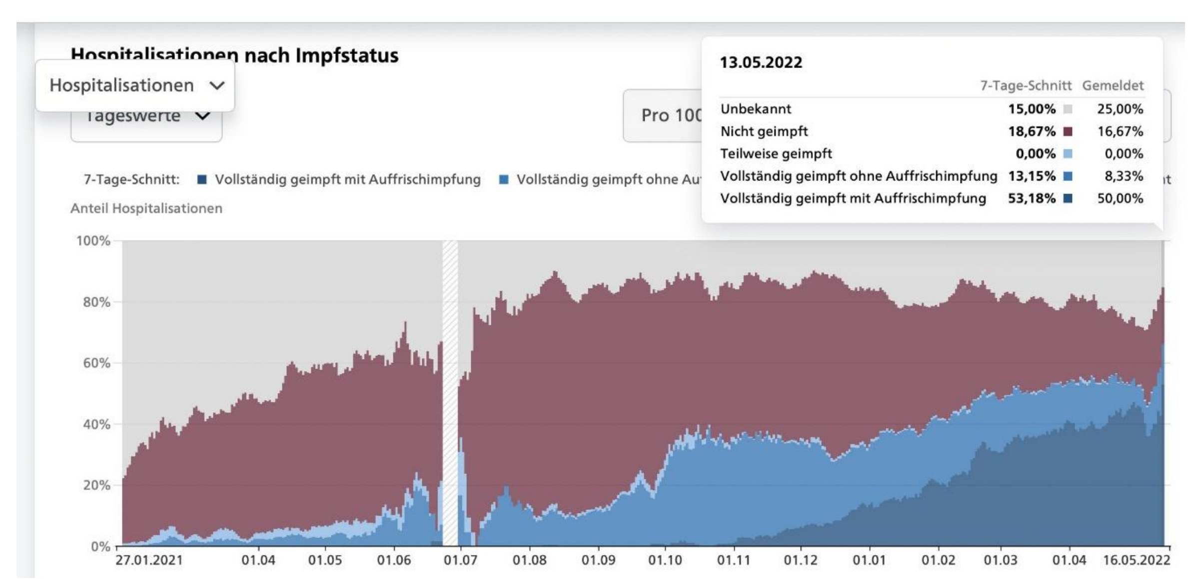
603 Per Stichtag **28.2.2022** waren **49% der COVID-Hospitalisierten geimpft** (31.3% mit einer Auffrischimpfung), 32.9% ungeimpft, bei 18% war der Impfstatus «unbekannt».

604 Per Stichtag **15.3.2022** waren **49.8% der Hospitalisierten geimpft** (**35.3% mit einer Auffrischimpfung**), 31.8% ungeimpft, bei 18.3% war der Impfstatus «unbekannt».

605 Per Stichtag **31.3.2022** waren **52.6% der COVID-Hospitalisierten geimpft** (41.1% mit einer Auffrischimpfung), 29.3% ungeimpft, bei 18.1% war der Impfstatus «unbekannt».

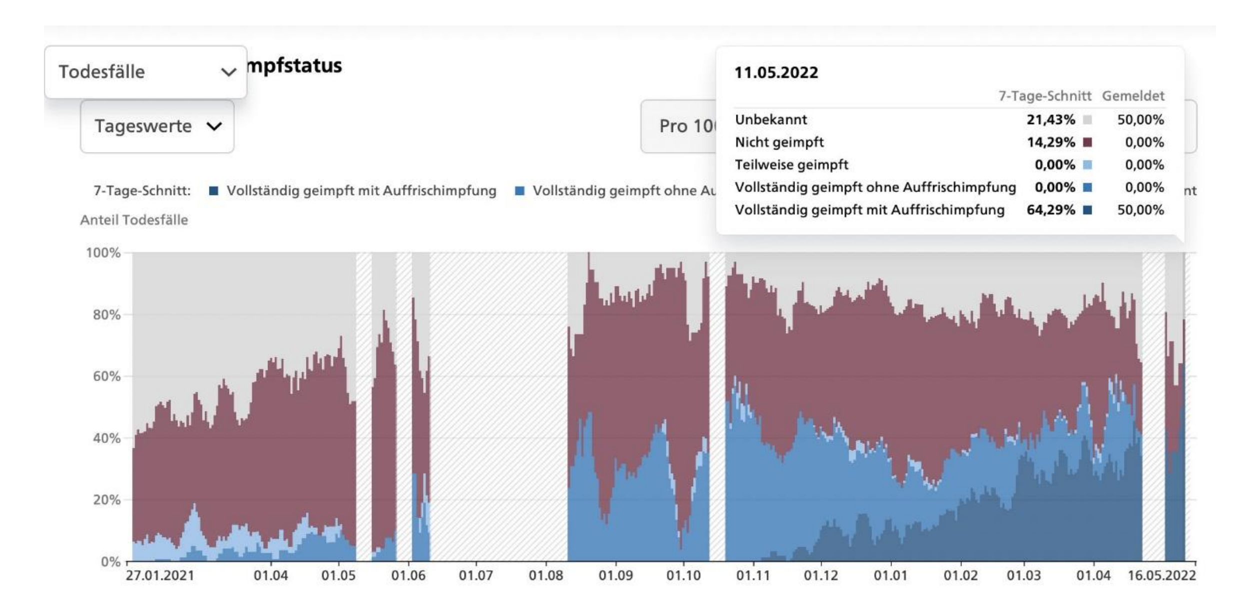
606 Per Stichtag **2.5.2022** waren immer noch **52.6% der COVID-Hospitalisierten geimpft** (45.5% mit einer Auffrischimpfung), 19.6% ungeimpft, bei 27.8% war der Impfstatus «unbekannt».

607 Per Stichtag **13.5.2022** waren **66.3% der COVID-Hospitalisierten geimpft** (53.2% mit einer Auffrischimpfung), 18.7% ungeimpft, bei 15.0% war der Impfstatus «unbekannt»:



608 Weitaus bedenklicher: Per Stichtag 11.5.2022 waren 64.3% der an COVID Verstorbenen dreifach geimpft:

https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status?vaccStatusDevRel=relative&indicator=death.



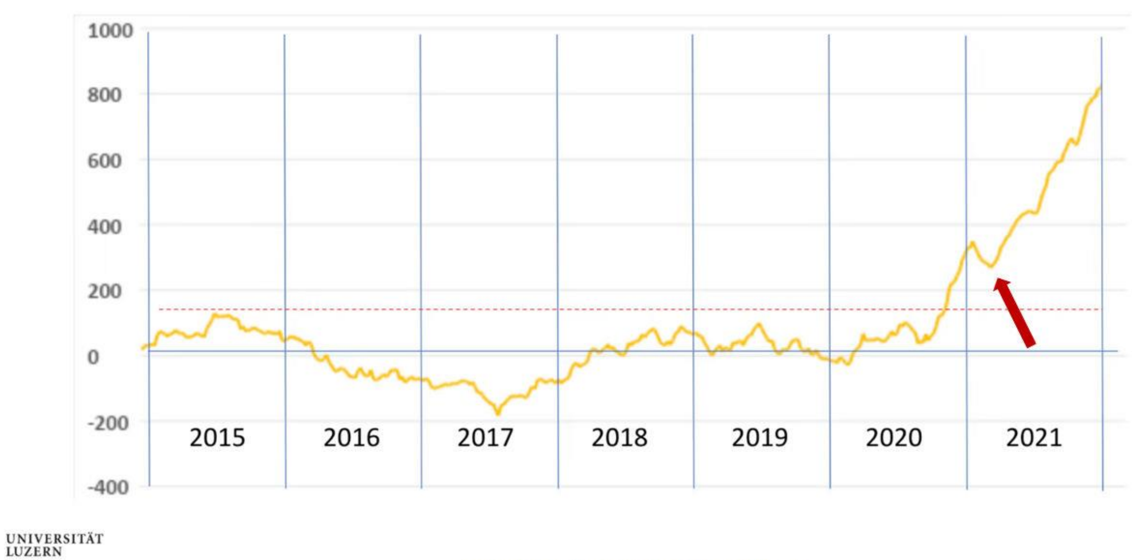
609 Auch wenn die absoluten Fallzahlen von COVID-Hospitalisationen und -Todesfällen entsprechend der Saisonalität der Coronaviren ab Ende März 2022 in der Schweiz zu klein wurden, um statistisch relevante Aussagen machen zu können: Wäre die «Impfung» tatsächlich der versprochene «Game-Changer», so müssten diese Zahlen definitiv anders aussehen.

610 Gerne wird das Argument vorgebracht, dass die hohe Durchimpfquote bei Hospitalisationen und Todesfällen im Zusammenhang mit einer COVID-Erkrankung ganz einfach die hohe Durchimpfquote der Bevölkerung widerspiegle und selbstverständlich kein Indiz für eine mangelnde Wirksamkeit sei. Selbst falls dies korrekt wäre, überlege sich jeder, wie wohl Zulassungsbehörden, Ärzte und Patienten reagieren würden, wenn sich herausstellte, dass mehr als 50% der wegen einer Lungenembolie oder eines Schlaganfalls Hospitalisierten ein Medikament zur Blutverdünnung, also zur Prävention eben dieser Ereignisse eingenommen hatten. Bei einer wirklich wirksamen Prävention ist selbstverständlich zu erwarten, dass sie die Erkrankung, gegen welche sie eingesetzt wird, in hohem Masse erfolgreich verhindert und Menschen, bei welchem diese Prävention eingesetzt wurde, sicherlich nicht mit einem schweren Verlauf hospitalisiert werden müssen.

2.5.2.2 Ab Beginn «Impfkampagne»: Übersterblichkeit in der Schweiz

611 Eine im Juni 2022 publizierte Untersuchung von Constantin Beck, Professor für Versicherungsökonomie an der Universität Luzern, welcher die Sterblichkeitsdaten des Bundes

nach Alterskategorien analysiert hatte, zeigt für die Altersgruppe der 40 bis 64-Jährigen ab April 2021 einen anhaltend starken Anstieg von Todesfällen:[417]



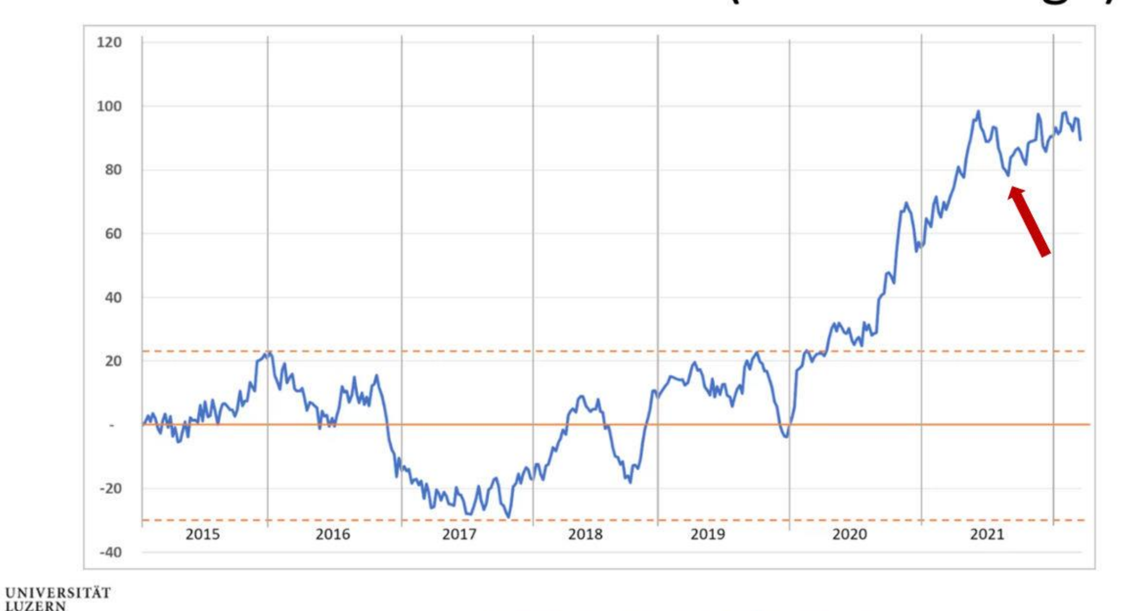
612 Auch bei den 20-39-Jährigen



613 und bei den 0-19-Jährigen

---

417 Nebelspalter, «Nicht erklärbare Todesfälle bei Jüngeren», 21.06.2022, *https://www.nebelspalter.ch/corona-nicht-erklaerbare-todesfaelle-bei-juengeren?code=-2028810339*.



614 wurde ein ähnlicher Trend beobachtet.

615 Die Anstiege der Sterblichkeitskurven korrelieren mit der Ausweitung der «Impfung»: Nach der Zulassung der COVID-«Impfungen» ab Dezember 2020 startete die Impfkampagne Anfangs 2021 erst bei den älteren Personen und «Risikopatienten» mit Vorerkrankungen, ab Mai 2021 war die «Impfung» dann auch für jüngere gesunde Personen ab 16 Jahren zugänglich.[418] Für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren erfolgte die Zulassung der COVID-«Impfung» im Juni 2021.[419]

616 Der weniger ausgeprägte Anstieg bei den 0-19-Jährigen liesse sich mit der tieferen Durchimpfquote in dieser Altersgruppe erklären.

617 Diese Daten beweisen zwar noch keine bewiesene Kausalität, aber doch eine besorgniserregende eindrückliche Korrelation zwischen Start der Durchimpfung der jeweiligen Altersgruppe und steigender Übersterblichkeit, die dringend abgeklärt werden muss.

2.5.1. Zwischenfazit

618 Sowohl die internationalen als auch die Schweizer Zahlen belegen unmissverständlich, dass COVID-Erkrankungen und damit verbundene Hospitalisationen und Todesfälle hauptsächlich die mehrfach Geimpften betreffen.

---

418 Kanton Freiburg, «COVID-19-Impfung ab 8. Mai für alle Personen ab 16 Jahren möglich», 05.05.2021, *https://www.fr.ch/de/covid19/news/covid-19-impfung-ab-8-mai-fuer-alle-personen-ab-16-jahren-moeglich*.

419 Zu den einzelnen Zulassungsentscheiden vorn N 6 ff.

619 Wäre die «Impfung» wirksam und würde sie (schwere) SARS-CoV-2 COVID-Verläufe erfolgreich verhindern, müssten national und international COVID-Hospitalisationen durchwegs von Ungeimpften angeführt werden. Eine abschliessende Beurteilung ist noch nicht möglich. In diversen Ländern laufen derzeit Analysen zu ebendieser – mutmasslichen – Korrelation von Impf- und Todesrate. Wir werden diese Entwicklung weiter beobachten und fordern Swissmedic dazu auf, dies ebenso zu tun.

3. Zwischenergebnis (ab 2022): Erhöhte Todesraten, negative Wirksamkeit

620 Weder in den Zulassungsstudien, noch gemäss den vorhandenen internationalen und nationalen Daten und Beobachtungen haben die «Impfungen» eine relevante Wirksamkeit gegen eine «COVID-Erkrankung», «COVID-Hospitalisation» oder Todesfälle im Zusammenhang mit einer «COVID-Infektion» gezeigt.

621 Im Gegenteil: Die «Impfungen» sind gar mit einer negativen Wirksamkeit assoziiert. Obwohl Omikron, zumindest für Ungeimpfte, nachweislich ungefährlicher ist als zuvor zirkulierende Varianten und als eine typische Influenza-Erkrankung, stiegen COVID-Hospitalisationen und Todesfälle infolge COVID, insbesondere getrieben von den (mehrfach) Geimpften im 2022 weiter an. Aus den bis dato verfügbaren Daten muss zwingend abgeleitet werden, dass die COVID-«Impfstoffe» das Immunsystem nicht stärken, sondern Geimpfte im Gegenteil anfälliger machen für eine Erkrankung und Hospitalisation im Zusammenhang mit einer «COVID-Erkrankung». Dies gilt sowohl für die Grundimmunisierung, als auch für die Auffrisch-«Impfungen».

622 **Die Daten lassen erkennen, dass die «Impfung» somit jegliche Berechtigung verloren hat, da sie Geimpfte nicht schützt, sondern sie im Gegenteil anfälliger macht für das Virus.**

4. Ausblick: Einsatz von selbst replizierenden mRNA-«Impfstoffen»?

623 Trotz nachweislichen Versagens der COVID-«Impfstoffe» und ohne Abwarten der finalen Ergebnisse der Zulassungsstudien wurde die mRNA-Technologie im Hintergrund weiter vorangetrieben: Zukünftig sollen womöglich nicht nur, wie in den aktuell vermarkteten «Impfstoffen» nicht replizierende[420], sondern gar «selbstreplizierende mRNA» (self amplifying mRNA, «sa mRNA») eingesetzt werden. Diese besitzen die Fähigkeiten, sich im menschlichen Körper eigenständig zu vervielfältigen.[421] Sollte auch für diese «Impfstoffe» ein Verzicht auf Pharmakokinetikdaten vorgesehen sein, so wäre dies höchst besorg-

420 Swissmedicinfo, FN 48.

421 BLAKNEY, «An Update on Self-Amplifying mRNA Vaccine Development», 28.01.2021, *https://www.mdpi.com/2076-393X/9/2/97*.

niserregend, da Vorhersagen zu Menge und Dauer der mRNA-Produktion im menschlichen Körper bei sich selbst vermehrenden mRNA kaum möglich sind.

624 Impfstoffe mit sa mRNA wurden bereits seit 2015 in Tierversuchen für diverse Infektionskrankheiten wie Ebola, HIV, Malaria, Influenza Tollwut und Zika und für Tollwut und SARS-CoV-2 auch schon in ersten Versuchen beim Menschen getestet.[422]

625 Resultate einer Phase 1-Studie mit einem selbstamplifizierenden mRNA-COVID-«Impfstoff» für SARS-CoV-2 wurden am 13. Januar 2022 in der Fachzeitschrift Lancet publiziert:

626 Der «Impfstoff» wurde bei 192 freiwilligen Probanden zweimalig in sechs unterschiedlichen Dosierungen in einem Abstand von vier Wochen verabreicht. Die generierte Immunität und Nebenwirkungen wurden anschliessend über einen Zeitraum von acht Wochen beobachtet: Der «Impfstoff» wurde basierend auf sechs schwerwiegenden und 25 mittelschweren unerwünschten Ereignissen, welche alle als angeblich «nicht mit dem Impfstoff assoziiert» eingeordnet wurden, als sicher, die generierte Immunität aber als ungenügend eingestuft, weshalb Optimierungen an der Formulierung als notwendig erachtet wurden.[423]

D. GEFAHRENLAGE «WHO-PANDEMIE»

I. Exkurs: Herkunft und Nachweis von SARS-CoV-2

627 Am 10. Januar 2020 veröffentlichte eine Arbeitsgruppe um Prof. ZHANG in Shanghai auf einer für Virologen einsehbaren Internetseite eine Sequenzabfolge, die den Erbgutstrang des später als SARS-CoV-2 benannten Virus darstellen soll. Diese Sequenzabfolge wurde am 3. Februar 2020 im Wissenschafts-Magazin Nature veröffentlicht[424] und wurde massgebend für alle weiteren Forschungen.

628 In ihrer Publikation beschreiben WU / ZHANG et al., dass kein Virus isoliert wurde, auch keine Zell-Kulturen, sondern sehr kurze Stückchen an RNA aus der Lungenflüssigkeit eines einzigen Patienten wie folgt sequenziert wurden:

629 Die sehr kurzen Stückchen wurden nach dem sogenannten «de novo assembly»-Verfahren – ein Verfahren für das «optimale Aneinander-ausrichten von Sequenzen an

---

422 BLAKNEY, FN 421.

423 POLLOCK, «Safety and immunogenicity of a self-amplifying RNA vaccine against COVID-19: COVAC1, a phase I, dose-ranging trial», 13.01.2022, *https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00543-5/fulltext*.

424 WU et al., «A new coronavirus associated with human respiratory disease in China», 03.02.2020, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7094943/*.

ein Referenzgenom»[425] – an zwei vorgegebenen Gen-Sequenzen von bekannten Corona-Viren ausgerichtet. WU / ZHANG et al. verwendeten als Vorlage ein Coronavirus, das mit Menschen assoziiert ist und eines, das mit Fledermäusen assoziiert ist. Schon allein diese Tatsache birgt die erhebliche Gefahr, dass aus den zahlreichen Gensequenzen letztlich das zusammengesetzt wird, was man (vermeintlich) schon kennt – hier ein Coronavirus. Bei dieser «Ausrichtung» wird am Computer anhand von bestimmten Software-Algorithmen aus sehr vielen nicht miteinander zusammenhängenden kurzen Gensequenzen eine lange **Gensequenz errechnet und anhand von «Überlappungen» zusammensetzt.**

630 Hinzu kommt, dass durch WU / ZHANG et al. durch den **Einsatz zweier Assembler zwei völlig verschiedene Endergebnisse generiert** wurden. Dabei entschied man sich für die längere zusammenhängende Sequenz, weil «diese beinahe das gesamte Virus-Genom» der zwei Referenz-Genome abdecke. Diese längere Sequenz wurde mit dem Programm «Megahit» gefunden und betrug 30.474 Nukleotide, während das andere Programm «Trinity» aus demselben Datensatz ein längstes Contig von 11.760 Nukleotiden erzeugte. Umgekehrt erhielt man mit Trinity deutlich mehr zusammenhängende Sequenzstückchen, nämlich 1.329.960 Stück, als mit Megahit (384.096). **Die «Entdeckung» – eher: die Errechnung – eines möglichst vollständigen neuen Virus-Genoms hängt damit entscheidend von der Wahl des «richtigen» Assemblers ab.**[426] Unter anderem ist deshalb z.B. auch nicht auszuschliessen, dass die «Entdeckung» von SARS-CoV-2-Mutationen (via Sequenzierung) nichts anderes darstellt als Resultate verschiedener Assembler oder schlicht von Laborfehlern.[427]

631 Im Ergebnis wurde demnach keine exakt bestimmte virale Gensequenz gefunden. Vielmehr wurde eine Vielfalt aus menschlicher und mikrobieller RNA aus der Lunge eines einzigen Menschen an zwei bekannten DNA Corona-Viren «ausgerichtet» und **rein rechnerisch** zu einem ganzen Genom zusammengesetzt.

632 Ob bis zum heutigen Zeitpunkt ein strikter Nachweis – der Nachweis eines Isolats – von SARS-CoV-2 erbracht wurde, soll vorliegend aber nicht abschliessend geklärt werden. Im Folgenden wird daher unterstellt, dass SARS-CoV-2 als Virus nachgewiesen wurde und als solches die Krankheit «COVID-19» verursacht.

---

425 Bioinformatik Wiki, «Sequenzalignment», 26.09.2021, *http://wiki.bioinfo.nat.tu-bs.de/3_Alignments*.

426 ISLAM et al., «Choice of assemblers has a critical impact on de novo assembly of SARS-CoV-2 genome and characterizing variants», 05.04.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8083570/.*

427 DE MAIO et al., «Issues with SARS-CoV-2 sequencing data», 14.05.2020, *https://virological.org/t/issues-with-sars-cov-2-sequencing-data/473*.

II. Wissensstand zu Beginn der Krise (Anfangs 2020)

633 Zur Einschätzung der Gefährlichkeit einer Infektionserkrankung können zwei Kerngrössen herangezogen werden: Die **Fallsterblichkeitsrate** («Case Fatality Rate», ***CFR***) und die **Infektionstodesrate** («Infection Fatality Rate», ***IFR***). Die ***CFR* ist weniger aussagekräftig** und ergibt sich durch die **Zahl der Todesfälle pro bekannte Fälle**, die ***IFR*** berechnet die **Todesfälle pro infizierte Personen** insgesamt.

634 Die ***CFR*** ist um ein **Vielfaches höher als *IFR***, da im Normallfall die überwiegende Mehrheit von Infektionsfällen unentdeckt bleibt. Als Verhältnis zwischen entdeckten und tatsächlichen Infektionen empfiehlt die *WHO* den Faktor 20, die amerikanische CDC den Faktor 10.[428] Umgekehrt bedeutet dies, dass die ***CFR* zur Berechnung der *IFR* durch 10 resp. 20 dividiert werden** muss.

635 Zu Beginn der Corona-Krise fielen die Einschätzungen der Letalität von SARS-CoV-2 massiv überhöht aus: So wurde etwa betreffend China noch im Juni/Juli 2020 eine Letalität (Infection Fatality Rate; IFR) von 8% (Gruppe 70 bis 79-Jährige) und gar von 14.8% (Gruppe über 80-Jährige) errechnet.[429] Diese ersten Zahlen hielten sich indes nicht lange: In der Schweiz wurde mit Blick auf die Gesamtbevölkerung bald von einer IFR von 0.64% (Genf)[430] und 0.6% (Zürich)[431] ausgegangen, wobei sich schon damals zeigte, dass vorab die Bevölkerung ab 65 Jahren in Pflegeheimen betroffen war: Von insgesamt 286 Verstorbenen waren 268 über 65 Jahre alt, wovon 134 in Pflegeheimen lebten.[432]

636 In einer Einschätzung vom 4. August 2020 verwies die WHO auf diese vorangegangenen Studien (unter anderem auf obgenannte Schweizer Studien) und stellte eine Letalität der weltweiten Gesamtbevölkerung von 0.5 –1% in den Raum.[433] Auch die CDC ging in ihren

---

428 AP News, «WHO: 10% of world's people may have been infected with virus», 05.10.2020, *https://apnews.com/article/virus-outbreak-united-nations-health-ap-top-news-international-news-54a3a5869c9ae4ee623497691e796083*; CDC, «Dr. Robert R. Redfield Statement on SARS-CoV-2 infections», 22.07.2020, *https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s0722-SARS-CoV-2-infections.html*.

429 AXFORS/IOANNIDIS, «Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview», Preprint vom 13.07.2021, S. 13, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.08.21260210v1.full.pdf*.

430 PEREZ-SAEZ et al., «Serology-informed estimates of SARS-CoV-2 infection fatality risk in Geneva, Switzerland», 14.07.2020, *https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30584-3/fulltext*.

431 EMMENEGGER et al., «Early peak and rapid decline of SARS-CoV-2 seroprevalence in a Swiss metropolitan region», Preprint vom 07.08.2020, N 224 f., *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.31.20118554v4.full.pdf*.

432 PEREZ-SAEZ et al., FN 430.

433 WHO, «Estimating mortality from COVID-19», 04.08.2020, *https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19*.

«COVID-19 Pandemic Planning Scenarios» vom Juli 2020 von einer Todesrate der Gesamtbevölkerung von 0.5–0.65% aus.[434]

637 **Anthony Fauci** war zu Beginn der Pandemie in einem Editorial im *New England Journal of Medicine* (*NEJM*) vom 26. März 2020 bei **COVID** von einer ***CFR* von lediglich 1–2%** (entsprechend einer *IFR* von 0.1-0.2%) ausgegangen und schlussfolgerte, dass die Zahlen darauf hindeuteten, dass die klinischen Folgen von COVID-19 letztlich mit denjenigen einer schweren saisonalen Grippe vergleichbar seien: «***This suggests that the overall clinical consequences of COVID-19 may ultimately be more akin to those of a severe seasonal influenza … or a pandemic influenza.***» [435]

III. Wissensstand bei ersten Zulassungen für Erwachsene (Ende 2020)

638 Schon kurz darauf wurden diese ersten Zahlen mit Blick auf die Gesamtbevölkerung (nochmals) massiv relativiert: In einer Studie vom Oktober 2020 wurde eine globale Letalität von gerade einmal 0.15% bis 0.20% festgestellt; für Personen unter 70 Jahren gar nur von 0.03 bis 0.04%.[436]

639 Zudem lagen ab November 2020 Studien vor, wonach SARS-CoV-2 in Italien bereits im September 2019 und in Frankreich **bereits im November <u>2019</u> endemisch war, ohne dass klinisch eine gehäufte Krankheitsaktivität beobachtet wurde.**[437] Gilt dies für Italien und Frankreich, so dürfte SARS-CoV-2 demnach bereits Ende 2019 in ganz Europa (mit hoher Wahrscheinlichkeit aber im Nachbarland Schweiz) «gewütet» haben – ohne dass dies zu irgendwelchen Massnahmen, Aktivismus und befristeten Zulassungen von Arzneimitteln geführt hätte.

640 Gemäss WHO liegt die Letalität bei der saisonalen Grippe (Influenza, «flu») normalerweise unter 0.1%[438] – auch wenn die WHO diese Kennziffer später aus nicht bekannten

---

434 CDC, «COVID-19 Pandemic Planning Scenarios», Update vom 10.07.2020, *https://archive.vn/w2xC7#selection-1507.0-1507.36*.

435 FAUCI et al., «Covid-19 — Navigating the Uncharted», 26.03.2020, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2002387*.

436 IOANNIDIS, «Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic», 06.10.2020, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/eci.13423*.

437 APOLONE et al., «Unexpected detection of SARS-CoV-2 antibodies in the prepandemic period in Italy», 11.11.2020, *https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300891620974755*; CARRAT et al., «Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based ‹CONSTANCES› cohort», 06.02.2021, *https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-020-00716-2*.

438 «For seasonal influenza, mortality is usually well below 0.1%.», Internet Archive, «Coronavirus disease (COVID-19): Similarities and differences with influenza, 17.03.2020, *https://web.archive.org/web/20201022054325/https:/www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-similarities-and-differences-with-influenza*.

Gründen von ihrer aktuellen Website entfernt hat.[439] In den USA wurde die Todesrate anlässlich der (letzten mittelschweren) Grippewelle von 2017 bis 2018 seitens CDC auf 0.1355% geschätzt.[440] Bereits im Zeitpunkt der ersten befristeten Zulassungen für Erwachsene war demnach bekannt, dass sich die Mortalität von COVID-19 ungefähr im Bereich einer (mittelschweren) saisonalen Grippe bewegt. **Von einer für die gesamte erwachsene Bevölkerung lebensbedrohenden oder invalidisierenden Krankheit konnte demnach bereits im Zeitpunkt der ersten befristeten Zulassung keine Rede sein.** Wenn überhaupt, so wären die «Impfungen» einzig für die etwas gefährdeteren Personen ab 70 Jahren in Frage gekommen.

641 Eine derart niedrige Sterblichkeitsrate vermöchte im Übrigen auch die alte WHO-Definition der «Pandemie» keineswegs zu erfüllen, war doch eine «enorme Anzahl Toter und Kranker»[441] hierfür erforderlich. Dieses Erfordernis wurde im Mai 2009 ohne ersichtlichen sachlichen Grund ersatzlos gestrichen.[442]

IV. Wissensstand bei Indikationserweiterung auf Jugendliche (Juni 2021)

1. Keine (signifikante) Gesamt-Übersterblichkeit

642 Bereits Ende Dezember 2020 war anhand der offiziellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik offensichtlich, dass im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren im Bereich der Gesamtbevölkerung keine relevante Übersterblichkeit vorlag.[443]

643 Ältere waren aber durchaus betroffen. Zur Übersterblichkeit der über 65-Jährigen führte das BFS noch bis Ende 2021 etwa aus:[444]

---

439 WHO, Coronavirus disease (COVID-19): Similarities and differences with influenza, 30.09.2021, *https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-similarities-and-differences-with-influenza*.

440 Konkret geschätzte 61‘000 Todesfälle bei geschätzt 45 Mio. Erkrankten: CDC, «Past Seasons Estimated Influenza Disease Burden», 01.10.2020, *https://www.cdc.gov/flu/about/burden/past-seasons.html*.

441 «An influenza pandemic occurs when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity, resulting in epidemics worldwide with enormous numbers of deaths and illness.»: Internet archive, «Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR) », 29.04.2009, *https://web.archive.org/web/20090429090600/http:/www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html*.

442 «An influenza pandemic may occur when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity.»: Internet archive, «Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR)», 09.05.2009, *https://web.archive.org/web/20090509013608/http:/www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html*.

443 Aletheia, «Covid-19 – Infektionslage, Belastung der Spitäler in der Schweiz KW 50», 24.12.2020, *https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/eingabe_br_schweiz_24-12-2020.pdf*.

«In der Zeit nach der zweiten Welle Covid-19-bedingter Todesfälle, von Woche 7/2021 (seit dem 15.2.2021) bis Woche 13/2021, wurde eine Anzahl von Todesfällen gemeldet, wie sie normalerweise erst im Sommer, in der Zeit mit der geringsten saisonalen Sterblichkeit, gesehen wird. Gegenüber der erwarteten Zahl starben in diesen sieben Wochen etwa 996 Personen weniger. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass von den etwa 10 311 Menschen, die in der ersten und zweiten Welle der Covid-19-bedingten Übersterblichkeit verstarben, **einige auch ohne Covid-19 kurz vor ihrem Lebensende standen und durch Covid-19 vermutlich nur wenige Wochen oder Monate ihres Lebens verloren hatten.** Eine Gesamtbilanz der Todesfälle infolge von Covid-19 wird man erst nach Abschluss der Epidemie in der Schweiz ziehen können.»

644 Interessanterweise ist ebendieser Hinweis im Jahr 2022 von der Website «verschwunden».[445] Dass die ursprüngliche Einschätzung in irgendeiner Weise falsch gewesen wäre, lässt sich nicht erkennen.

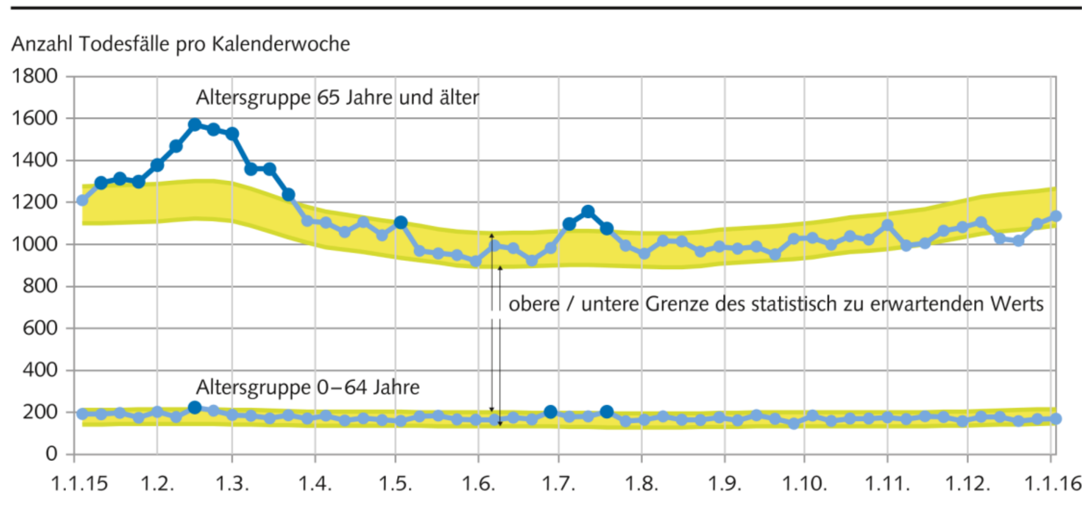
645 Ein Vergleich mit früheren Jahren, etwa mit dem Jahr 2015, fördert zu Tage, dass es saisonbedingt immer wieder zu Abschnitten mit einer Übersterblichkeit – gerade bei über 65-Jährigen – kommt:[446]

---

444 Internet archive, «Sterblichkeit, Todesursachen» (Hervorhebung hinzugefügt), 13.12.2021, *https://web.archive.org/web/20211213102752/https:/www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html*.

445 Bundesamt für Statistik, «Sterblichkeit, Todesursachen», 23.06.2022, *https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html*.

446 Bundesamt für Statistik, «Wöchentliche Todesfälle 2015», 23.02.2016, *https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.assetdetail.317264.html*.



646 Insgesamt war im Jahr 2020 mit Blick auf die Übersterblichkeit demnach nichts festzustellen, was den Rahmen vorangegangener Jahre in irgendeiner Weise «gesprengt» hätte: Vielmehr befand sich das Jahr 2020 im Vergleich zu den zehn vorangegangenen Jahren betreffend Sterberate im Mittelfeld («Rang» 5 von 12, Beilage **20**, S. 11).

BO: Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

647 Hätte es sich bei SARS-CoV-2 um die befürchtete (Jahrhundert-)«Pandemie» gehandelt, so wären die Daten betreffend Gesamtübersterblichkeit definitiv um ein Vielfaches schlechter ausgefallen und hätten sämtliche vorherigen Jahre (und Jahrzehnte) in den Schatten gestellt. Dies ist klarerweise nicht der Fall.

2. Noch geringere IFR betreffend SARS-CoV-2

648 Schon wenige Monate nach den ersten Zulassungen – bereits im März 2021 – lagen dann auch entsprechende Studiendaten vor, wonach die beste Schätzung der globalen Infektionstodesrate (IFR) für die Bevölkerung insgesamt 0.15% und für unter 70-Jährige weniger als 0.05% beträgt.[447] Die Ergebnisse vom Oktober 2020 wurden demnach nicht nur bestätigt, sondern gar noch eine etwas niedrigere Letalität errechnet.

---

447 IOANNIDIS, «Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations», 14.03.2021, *https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/eci.13554*; OKE et al., «Global Covid-19 Case Fatality Rates», 17.03.2020, *https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/*.

649 Auch die CDC ging in neueren Szenarien vom März 2021 von massiv tieferen Werten aus:[448]

Parameter	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5: Current Best Estimate
R_0*	2.0		4.0		2.5
Infection fatality ratio (Estimated number of deaths per 1,000,000 infections)†	0–17 years old: 6 18–49 years old: 150 50–64 years old: 1,800 65+ years old: 26,000		0–17 years old: 80 18–49 years old: 1,700 50–64 years old: 20,000 65+ years old: 270,000		0–17 years old: 20 18–49 years old: 500 50–64 years old: 6,000 65+ years old: 90,000

650 Werden die obigen Zahlen auf eine Letalitätsrate in % umgerechnet, wird ersichtlich, dass auch die CDC vorab die ältere Bevölkerung durch SARS-CoV-2 bedroht sah:

Alter	Szenario 1/2	Szenario 3/4	Szenario 5
00-17	0.0006%	0.008%	0.002%
18-49	0.015%	0.17%	0.05%
50-64	0.18%	2%	0.6%
65+	2.6%	27%	9%

651 In sämtlichen Szenarien wurde für (Kinder und) **Jugendliche** demnach bereits damals eine mögliche **Letalität errechnet, die gegen Null tendiert.**

652 Einerseits bestand so im Juni 2021 nicht nur **für die Indikationserweiterung auf Jugendliche** ab 12 Jahren mangels entsprechender Bedrohung **keinerlei rechtliche Grundlage** – andererseits hätten die befristeten Zulassungen insgesamt spätestens ab diesem Zeitpunkt umgehend sistiert und ins ordentliche Verfahren verwiesen werden müssen.

3. Keine Überlastung der Spitäler

653 Auch anhand der allgemeinen Schweizer Bettenbelegungszahlen[449] und den spezifischen Zahlen zur Auslastung der Schweizer Intensivbetten[450] war bereits im Frühjahr 2021 ohne Weiteres festzustellen, dass es nie zu einer gefährlichen Überlastung gekommen war.

---

448 CDC, «COVID-19 Pandemic Planning Scenarios», Update vom 19.03.2021, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html*.

449 BAG, «Gesamte Spitalkapazität», 23.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/total*.

450 Health Geography and Policy Group, «Near-real time beds/ventilators occupancy in intensive care units ICU in Switzerland during the COVID-10 pandemic», 23.06.2022, *www.icumonitoring.ch*.

Trotz immer wieder prognostizierter Horrorszenarien[451] hatte selbst im Höchststand von November 2020 nie eine Triage in den Spitälern stattgefunden und standen jederzeit Intensivbetten zur Verfügung.[452] Und als die Schweiz dann am 18. Dezember 2020 wegen angeblich «drohender Überlastung des Gesundheitswesens» in den zweiten Lockdown geschickt wurde, betrug die Bettenauslastung insgesamt und bei den Intensivbetten lediglich rund 75%.[453]

3.1. Chronische Überlastung im Winter; gleichwohl zu niedrige Auslastung

654 Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Schweiz zu normalen Zeiten über 950 bis 1000 zertifizierte Intensivbetten verfügt, deren Auslastung im Jahresdurchschnitt typischerweise bei rund 75 Prozent liegt.[454] Die Auslastung unterlag schon immer saisonalen Schwankungen mit einem Peak in den Wintermonaten, wie er auch 2020/2021 beobachtet werden konnte.[455] Prinzipiell stossen Intensivstationen regelmässig an ihre Belastungsgrenzen. Bereits 2007 erinnerten die Leiter der Intensivstationen für Erwachsene des CHUV (Lausanne) und HUG (Genf) an den grossen Unterschied zwischen den Intensivstationen und den anderen klinischen Abteilungen:

> «[…] les premiers doivent gérer des flux multiples avec presque tous les services de l'hôpital, ce qui n'est pas le cas des derniers, qui ne gèrent qu'une ligne de flux avec les soins intensifs. Cette difficulté est amplifiée

---

451 SRF, «Kapazitäten in Spitälern werden nicht reichen», 30.10.2020, *https://www.srf.ch/news/schweiz/bund-und-kantone-informieren-taskforce-chef-kapazitaeten-in-spitaelern-werden-nicht-reichen*; NZZ, «Fürchtet euch! Warum die ständigen Unkenrufe bezüglich Intensivbetten kontraproduktiv sind», 19.11.2020, *https://www.nzz.ch/schweiz/intensivbetten-staendige-warnungen-sind-kontraproduktiv-ld.1587836*.

452 NZZ, «Die Spitäler sind das Nadelöhr der Pandemie. Waren sie je überlastet? Und wieso haben sie Plätze abgebaut?» («hat trotz den Engpässen kein Spital eine explizite Patienten-Triage eingeführt»), 27.07.2021, *https://www.nzz.ch/schweiz/spitaeler-in-der-coronakrise-waren-sie-je-ueberlastet-ld.1636298*; vgl. auch SRF, «Triage-Entscheid soll für die ganze Schweiz gelten» («noch genügend Plätze vorhanden»; «Derzeit ist laut Pargger knapp die Hälfte der rund 900 zertifizierten Intensivplätze mit Corona-Patienten belegt, effektiv seien aber rund 1200 Plätze einsatzbereit.»), 06.11.2020, *https://www.srf.ch/news/schweiz/coronavirus-in-der-schweiz-triage-entscheid-soll-fuer-die-ganze-schweiz-gelten*.

453 Aletheia, FN 443; Juristen Komitee, «Deklaration von Schweizer Juristen: 2G-Zertifikatspflicht ist verfassungswidrig», 24.12.2021, *https://juristen-komitee.ch/wp-content/uploads/2021/12/2021-12-24_Deklaration-2G-DE.pdf; Ostschweiz, «Fröhliche Zahlenknobelei oder Reise nach Jerusalem?», 04.05.2021, https://www.dieostschweiz.ch/artikel/froehliche-zahlenknobelei-oder-reise-nach-jerusalem-a3g33v7*.

454 Medinside, «Statistiken zu Intensivbetten sorgen für Verwirrung», 30.07.2020, *https://www.medinside.ch/de/post/statistiken-zu-intensivbetten-sorgen-fuer-verwirrung.*

455 Health Geography and Policy Group, «Near-real time beds/ventilators occupancy in intensive care units ICU in Switzerland during the COVID-10 pandemic», 23.06.2022, «National trends»-Grafik, *www.icumonitoring.ch*.

par le nombre très limité de lits exploités en médecine intensive, en comparaison avec les unités intermédiaires et les divisions de patients: dans un hôpital moderne, la proportion de lits de médecine intensive est comprise entre 5-10% des lits totaux. Dans les grands hôpitaux, avec des flux importants issus des urgences, ceci conduit l'unité de soins intensifs à fonctionner la plupart du temps en flux tendu. Ce constat montre que l'unité de soins intensifs constitue un véritable carrefour dans l'hôpital, susceptible d'être facilement saturé et parfois même de ne plus être capable d'assurer sa mission.»[456]

655 Dieser Just-in-Time-Betrieb und seine Folgen betreffen insbesondere die Universitätskliniken: So stellte das CHUV (Lausanne) in seinem Jahresbericht 2017 fest, dass die Belegung «auf der Intensivstation nahe bei 90% und das Optimum für die Akutbetten bei 85% liegt». In den Vorjahren lag die Auslastung der Intensivstationen («soins intensifs adultes») gar noch leicht höher (2015: 92.4%; 2016: 91.6%).[457] Demgegenüber lag die Auslastung der Intensivstationen («soins intensifs adultes») im CHUV (Lausanne) im Jahr 2019 bei 87.8% und im Jahr 2020 gerade mal noch bei 81.1%, wobei dem Jahresbericht zu entnehmen ist, dass die Intensivstationen angesichts von Sars-Cov-2 im Jahr 2020 verstärkt («renforcés») worden seien.[458] **Eine Auslastung der Intensivstationen von rund 90% an universitären Kliniken wurde in der Vergangenheit demnach als durchaus normal betrachtet.**

656 Noch im Jahr 2015 wurde gar moniert, dass eine Bettenauslastung von «nur» 80% ein Problem sei: Die Spitäler seien «zu gross» und damit unrentabel.[459] Eine Freiquote von ca. 20% deutet daher auf eigentlichen Normalbetrieb hin.[460] Und gemäss einer umfassenden Auswertung von PWC vom 20. Oktober 2021 zur Wirtschaftlichkeit der Schweizer Spitäler erlitten die Schweizer Spitäler selbst im Pandemie-Jahr 2020 deutliche Umsatz-

---

456 Revmed, «L'unité de soins intensifs, carrefour dans l'hôpital: développer l'interdisciplinarité et une vision de système», 12.12.2007, *https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-137/l-unite-de-soins-intensifs-carrefour-dans-l-hopital-developper-l-interdisciplinarite-et-une-vision-de-systeme*.

457 CHUV, «Rapport d'activité 2017», *https://rapportsannuels.chuv.ch/2017/*, 28.06.2022, S. 7 und S. 12.

458 CHUV, «Rapport d'activité 2020», *https://rapportsannuels.chuv.ch/2020/*, 28.06.2022, S. 7 und S. 14.

459 NZZ, «Schweizer Spitäler nur zu 80 Prozent ausgelastet», 05.04.2015, *https://www.nzz.ch/nzzas/nzz-am-sonntag/eiskalte-betten-schweizer-spitaeler-nur-zu-80-prozent-ausgelastet-1.18516688*.

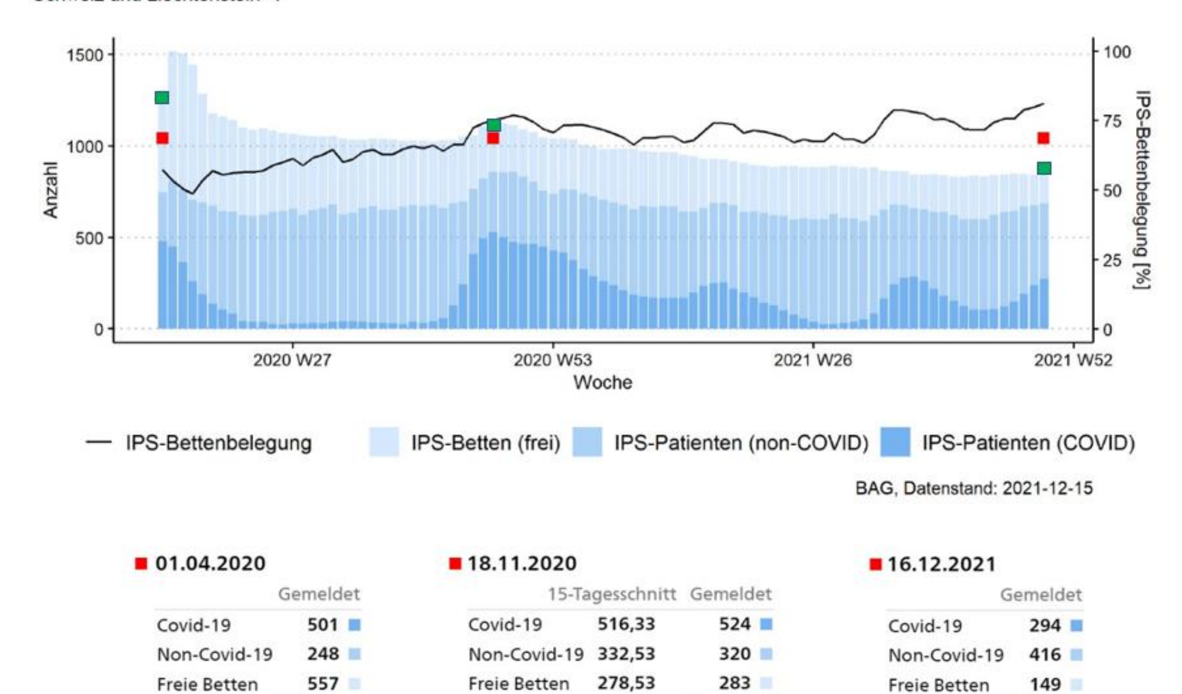
460 Nau, «‹Keine Krise›: Spital-CEO kritisiert ‹Angst-Berichterstattung›», 16.09.2021, *https://www.nau.ch/news/schweiz/keine-krise-spital-ceo-kritisiert-angst-berichterstattung-66003628*.

und Ertragseinbussen,[461] was nicht auf eine Überlastung der Spitäler und eine besondere Bedrohung durch Sars-CoV-2 hindeutet.

3.2. Politisch gewollter Bettenabbau

657 Hinzu kommt, dass von 1982 bis 2019 in der Schweiz Spital-Kapazitäten kontinuierlich – und zwar bei den Betten um ganze 63% – reduziert wurden.[462] Die Kapazitäten für Intensivpflege wurden seit erstmaligem Auftreten von COVID-19 in der Schweiz (mit Ausnahme einer kurzen Maximierungsphase im März/April 2020) weiter kontinuierlich abgebaut, und zwar um rund 15 bis 20% (siehe nachfolgende Grafik).[463]

Abbildung 12. Zeitlicher Verlauf der Auslastung der IPS-Betten, COVID-19- und nicht-COVID-19-Patientinnen und -Patienten für die Schweiz und Liechtenstein[13].



01.04.2020

	Gemeldet
Covid-19	501
Non-Covid-19	248
Freie Betten	557
Total	1306

18.11.2020

	15-Tagesschnitt	Gemeldet
Covid-19	516,33	524
Non-Covid-19	332,53	320
Freie Betten	278,53	283
Total	1127,4	1127

16.12.2021

	Gemeldet
Covid-19	294
Non-Covid-19	416
Freie Betten	149
Total	859

---

461 PWC, «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020», 20.10.2021, Zusammenfassung S. 38 («Leistungserbringer ertragsseitig unter Druck»), *https://www.pwc.ch/de/publications/2021/spitalstudie-2021.pdf*.

462 H+, «Spitäler, Betten und Bevölkerung – Anzahl Spitäler und Betten im Verhältnis zur Bevölkerung, ab 1947», Stand 2019, *https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/strukturen/spitaeler/spitaeler-betten-und-bevoelkerung*.

463 BAG, «Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein – Woche 49», 15.12.2021, S. 14, archiviert unter: *https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#2030838475*, «Bisherige Tages- und Wochenberichte», «2021_Q4», «211215_KW49_DE»; BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Intensivstationen (IS)», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu?time=total*.

658 Auch diese Entwicklung lässt sich in keiner Weise in Einklang bringen mit einer angeblichen epidemiologischen Bedrohung durch eine Epidemie nie dagewesenen Ausmasses. Dieser Abbau der Betten steht denn auch im krassen Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Aufgabe von Bund und Kantonen, gemeinsam im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für «eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität» zu sorgen (Art. 117a BV). Dabei ist es gerade der Bundesrat, welcher sich mit völlig unverständlicher Begründung (angeblich «fehlende Daten») einer parlamentarisch vorgeschlagenen Lösung zum Ausbau der Kapazitäten entgegenstellt[464] – nur um dann gleichzeitig wieder das Panik-Szenario einer Spitalüberlastung heraufzubeschwören.

3.3. Manipulierte Fallzahlen in den Spitälern

659 Hinzu kommt eine massive Manipulation der angeblichen Sars-CoV-2-Fälle in den Spitälern. Dieser Umstand wurde bereits anfangs 2021 kritisiert, wurde aber offiziell unter dem Deckel gehalten und wurde erst im Januar 2022 durch die Massenmedien aufgegriffen. Entsprechende Ausführungen erfolgen daher hinten (N 679).

3.4. Zwischenfazit

660 Auch mit Blick auf die Auslastung der Spitäler liess sich bereits im Frühjahr 2021 keinerlei besondere Bedrohung durch SARS-CoV-2 feststellen.

4. Irrelevantes Kriterium der «hohen Fallzahlen» (PCR-Test)

661 Treiber der «Pandemie» waren stets die mittels PCR-Test generierten «Fallzahlen». Das PCR-Testergebnis ist für sich allein betrachtet selbst gemäss WHO aber völlig wertlos, da es lediglich als *Hilfestellung* bei der Diagnose im Zusammenhang mit klinischen Beobachtungen (= Symptomen) dient, was bereits anfangs 2021 festgehalten wurde:

> «Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers **must** consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information.»[465]

---

464 20minuten, «Bundesrat will Spitälern nicht helfen – ‹wegen fehlender Daten›», 13.12.2021, *https://www.20min.ch/story/bundesrat-will-spitaelern-nicht-helfen-wegen-fehlender-daten-473960531628*.

465 Internet Archive, WHO, Information Notice for IVD Users, 14.12.2020, *https://web.archive.org/web/20201214195523/https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users*; WHO, «WHO Information Notice for Users 2020/05 Nucleic acid testing (NAT) technologies that use polymerase chain reaction (PCR) for detec-

662 Trotzdem wurden und werden in der Schweiz (und weltweit) positive PCR-Testergebnisse bei Personen ohne Symptome als «COVID-Fälle» erfasst, was definitiv nicht der Empfehlung der WHO entspricht.[466] Diese Problematik ist dem Bundesrat längst bekannt. In seiner Stellungnahme vom 26. August 2020 auf die Motion von Nationalrätin Verena Herzog vom 19. Juni 2020 zur Frage, warum man keine grossflächigen Testungen der Bevölkerung vornehme, positionierte sich der Bundesrat damals – zutreffend – noch wie folgt:[467]

> «[…] Aus Sicht des Bundesrats ist das systematische grossflächige Testen sowie das Testen von repräsentativen Stichproben aus der hauptsächlich gesunden und symptomlosen Bevölkerung kein geeignetes Mittel, um eine präzise Information zur epidemiologischen Situation zu erhalten. Ein **Virusnachweis bei einer symptomfreien Person ist schwierig zu interpretieren, da es sich um ein Überbleibsel einer geheilten Infektion handeln könnte. Zudem ist bei einer Stichprobe, die fast nur aus gesunden Personen besteht, die Wahrscheinlichkeit für falsche Testergebnisse sehr hoch**. Bei der Entnahme der Probe handelt es sich ausserdem um einen invasiven Eingriff, der von staatlicher Seite nicht ohne Weiteres verordnet werden kann […]»

663 Die Tauglichkeit des PCR-Tests zur Diagnose einer Erkrankung infolge Infektion mit SARS-CoV-2 wurde zudem bereits 2020 vom Robert-Koch-Institut[468] und in Studien[469] in Abrede gestellt. PCR-Testergebnisse lassen für sich alleine keine belastbaren Rückschlüsse auf eine tatsächliche Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu: Resultate können selbst dann positiv ausfallen, wenn gar keine symptomatische Erkrankung vorliegt.[470]

---

tion of *SARS-CoV-2», 20.01.2021, https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05.*

466 BAG, «Neues Coronavirus (Covid-19) Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien», 02.05.2022, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/msys/covid-19-verdachts-meldekriterien.pdf.download.pdf/Verdachts_Beprobungs_und_Meldekriterien.pdf*.

467 Parlament, «Antwort Bundesrat auf Motion Herzog (20.3859)», 19.06.2020, *https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20203859.*

468 «Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar.», RKI, «Epidemiologisches Bulletin 39/2020», 24.09.2020, S. 8, *https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.html*.

469 JEFFERSON et al., «Viral Cultures for Coronavirus Disease 2019 Infectivity Assessment: A Systematic Review», 03.12.2020, *https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1764*.

470 BORGER et al., «Review report Corman-Drosten et al. Eurosurveillance 2020 – External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results», 27.11.2020, *https://cormandrostenreview.com/report/*; BORGER et al., «Addendum: Peer reviewed literature and preprints covering wet-lab experiments, in silico analysis of the Corman Drosten protocol-design, meta-data analysis on EuroSurveillance.org and further discussion», 11.01.2021, *https://cormandrostenreview.com/addendum/*; BULLARD et al., «Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples», 22.05.2020,

Dabei wurde die angebliche Relevanz der asymptomatischen Übertragung längst widerlegt.[471] Dementsprechend hat selbst das Bundesgericht in einem Entscheid vom November 2021 festgehalten:[472]

> **«Indessen ist es gar nicht umstritten und übrigens allgemeinnotorisch, dass ein positiver PCR-Test keine Krankheitsdiagnose und für sich allein wenig aussagekräftig ist […].»**

664 Laborwerte sind demnach nur als Ergänzung zu einer klinischen Diagnose basierend auf Symptomen zu nutzen und niemals isoliert zu betrachten. Die hohen Fallzahlen stammen keineswegs ausschliesslich von kranken oder ansteckungsverdächtigen Personen. Vielmehr wurden und werden diese durch ein exzessives Testen von symptomlosen, gesunden Personen zielgerichtet fabriziert.

665 Auch mit Blick auf die «Fallzahlen» liess sich demnach spätestens im Frühjahr 2021 keinerlei besondere Bedrohung durch SARS-CoV-2 feststellen.

5. Fazit

666 Weder im Zeitpunkt der ersten befristeten Zulassung im Dezember 2020, geschweige denn im Zeitpunkt der Indikationserweiterung auf Jugendliche ab 12 Jahren, war nach damals verfügbarer Datenlage eine lebensbedrohliche oder invalidisierende Krankheit auszumachen, welche die gesamte Zielpopulation der COVID-«Impfungen» ernsthaft bedrohen würde.

667 Im Gegenteil: Von SARS-CoV-2 ging mit der Alpha/Beta-Variante bei einer Infektionstodesrate (IFR) von um die 0.15% gerade mal die Gefährlichkeit einer normalen (mittelschweren) Grippe aus, die weder zu einer signifikanten Übersterblichkeit noch zu einer

---

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314198/; BYINGTON, «A positive PCR Test may not mean positively sick», 05.08.2015, *https://healthcare.utah.edu/the-scope/shows.php?shows=0_8pwxdv0o*; JAAFAR et al., «Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples (Correlation between 3790 qPCR positives samples and positive cell cultures including 1941 SARS-CoV-2 isolates)», 28.09.2020, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543373/*; MIN-CHUL et al., «Duration of Culturable SARS-CoV-2 in Hospitalized Patients with Covid-19», 18.02.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33503337/*; VERNAZZA, «Infektiosität und PCR-Positivität – Nicht das Gleiche», 28.01.2021, *https://infekt.ch/2021/01/infektiositaet-und-pcr-positivitaet-nicht-das-gleiche/*.

471 CAO et al., «Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China», 20.11.2020, *https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w*; Ärzteblatt, «Neue Wuhan-Studie: Asymptomatische übertragen Corona nicht», 01.12.2020, *https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/138997*; WHO, «Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions», 09.07.2020, *https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions*.

472 Urteil 2C_228/2021 des BGer vom 23. November 2021, E. 5.2.

Überlastung der Spitäler geführt hatte. Umso mehr gilt dies für Jugendliche, deren IFR sich im Bereich von 0.002% und damit nahe von Null bewegte.

V. Wissensstand Ende 2021 («Booster» / Kinder)

1. Im Allgemeinen

668 Siehe zur fehlenden Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 für die Gesamtbevölkerung ausführlich vorn N 633 ff. Nachfolgend werden einzig zusätzliche Erkenntnisgewinne hervorgehoben, welche die von Anbeginn nicht vorhandene Gefährlichkeit weiter untermauern:

1.1. Keinerlei Über- sondern gar Untersterblichkeit

669 Im Kalenderjahr 2021 gab es nicht nur keine Übersterblichkeit, das Jahr 2021 wies zu den Vorjahren gar eine **Untersterblichkeit von −5'983 Menschen** aus.[473] Wäre SARS-CoV-2 tatsächlich lebensbedrohlich bzw. hätten wir uns tatsächlich in einer tödlichen Pandemie befunden, so wäre ganz sicher keine Untersterblichkeit, sondern eine *massive* Übersterblichkeit zu erwarten gewesen (siehe auch Beilage **20**, S. 11).

BO: Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

1.2. Noch tiefere IFR von SARS-CoV-2 («Delta»-Variante)

670 Von Anfangs Juni 2021 bis Dezember 2021 zirkulierte in der Schweiz und weltweit vornehmlich die «Delta-Variante» von SARS-CoV-2.[474] Die WHO stufte die Delta-Variante infolge eines erhöhten Ansteckungsrisikos als «besorgniserregend» («*variant of concern*») ein.[475] Auch die Englische Gesundheitsbehörde warnte am 18. Juni 2021 davor,

---

473 Juristen Komitee, «Deklaration von Schweizer Juristen: 2G-Zertifikatspflicht ist verfassungswidrig», 24.12.2021, *https://juristen-komitee.ch/wp-content/uploads/2021/12/2021-12-24_Deklaration-2G-DE.pdf.*

474 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Epidemiologischer Verlauf», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/virus-variants?variants=VariantB11529,VariantB16172,VariantP1,VariantB1351,VariantB117,VariantC37,VariantB16171,VariantP2,VariantB1525,VariantB1526,VariantB11318*; Statista, «Delta-Variante häufigste Mutation in Europa», 26.08.2021, *https://de.statista.com/infografik/25185/infektionen-mit-der-delta-variante-des-coronavirus-in-europa/.*

475 WHO, *«Episode #45 - Delta variant», 05.07.2021, https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-45---delta-variant.*

dass diese Variante mit einer höheren Übertragbarkeit, einem höheren Risiko für eine Hospitalisation und einer reduzierten Wirksamkeit der COVID-«Impfung» assoziiert sei.[476]

671 Doch schon am 9. Juli 2021 erwies sich die «Delta»-Variante als offenkundig weniger gefährlich: Gemäss *Public Health England* betrug die Fallsterblichkeitsrate (*CFR, Case Fatality Rate*) für die «Delta-Variante» gerade einmal 0.2%, womit sie um den Faktor 10 tiefer lag als die Fallsterblichkeitsrate der Alpha-Variante.[477]

672 Die *CFR* liegt bekannterweise um einen Faktor 10 bis 20 höher als die *IFR* (N 634). Wendet man diese Erkenntnis an auf die *CFR* von 0,2 %, die in den britischen Regierungsdokumenten stand, so kommt man auf eine **IFR von gerade einmal 0.01–0.02%, was einer milden Grippe entspricht** und deutlich tiefer ist, als die *IFR* von SARS- CoV-2 zu Beginn der Pandemie. Oder um es anders zu formulieren: **Die Gesamtbevölkerung überlebt eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu 99.99%.**

673 Der «Impfung» war diese geringere *IFR* der Delta-Variante allerdings nicht zu verdanken. Daten von *Public Health England* vom 23. September 2021 zeigten im Gegenteil, dass die «Impfung» mit einer negativen Wirksamkeit verbunden war: Für die Periode vom 23.8.2021 bis 19.9.2021 traten 55% der erfassten COVID-Fälle bei geimpften Personen auf, 60.5% der COVID-Hospitalisationen wurden durch geimpfte Personen verursacht. Von insgesamt 3125 Personen, die an COVID verstarben, waren 2284 vollständig geimpft, 111 teilweise geimpft und lediglich 730 waren ungeimpft.[478]

1.3. Keine Überlastung der Spitäler

1.3.1. Trotz weiter abgebauter Betten keine Überlastung

674 Der zuvor (N 657 ff.) beschriebene Bettenabbau wurde auch im Jahr 2021 – während laufender «Pandemie» – weiter vorangetrieben (siehe Grafik ebenda vorn). Trotz dieser

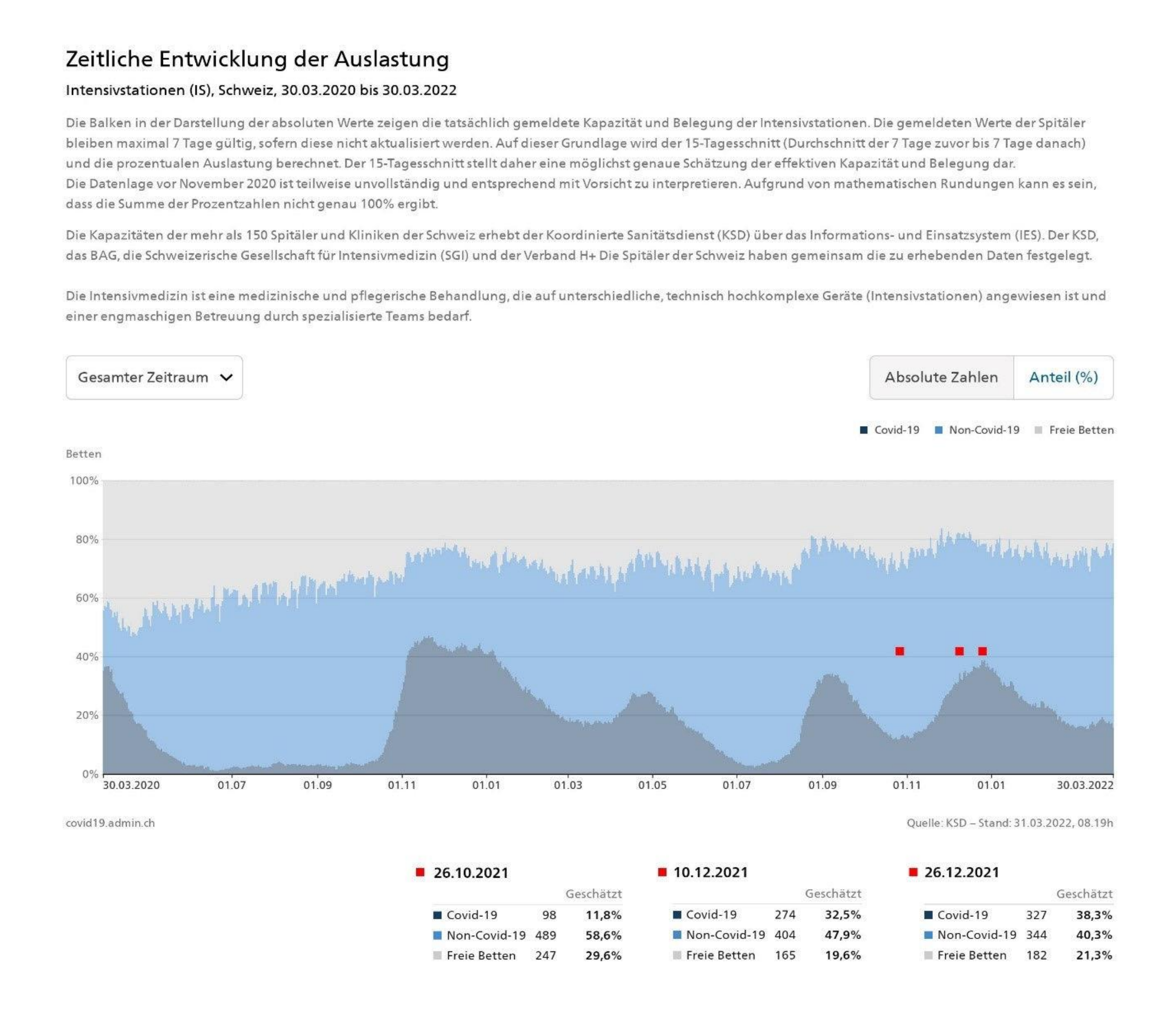
---

476 Public Health England, «Risk assessment for SARS-CoV-2 variant: Delta (VOC-21APR-02, B.1.617.2)», 18.06.2021, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/994761/18_June_2021_Risk_assessment_for_SARS-CoV-2_variant_DELTA.pdf.*

477 Public Health England, «SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England», 09.07.2021, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1001358/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_18.pdf.*

478 Public Health England, «COVID-19 vaccine surveillance report Week 38», 23.09.2021, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1019992/Vaccine_surveillance_report_-_week_38.pdf.*

politisch offenkundig gewollten Verknappung waren die **Intensivstationen** auch im Jahr 2021 zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd ausgelastet:[479]



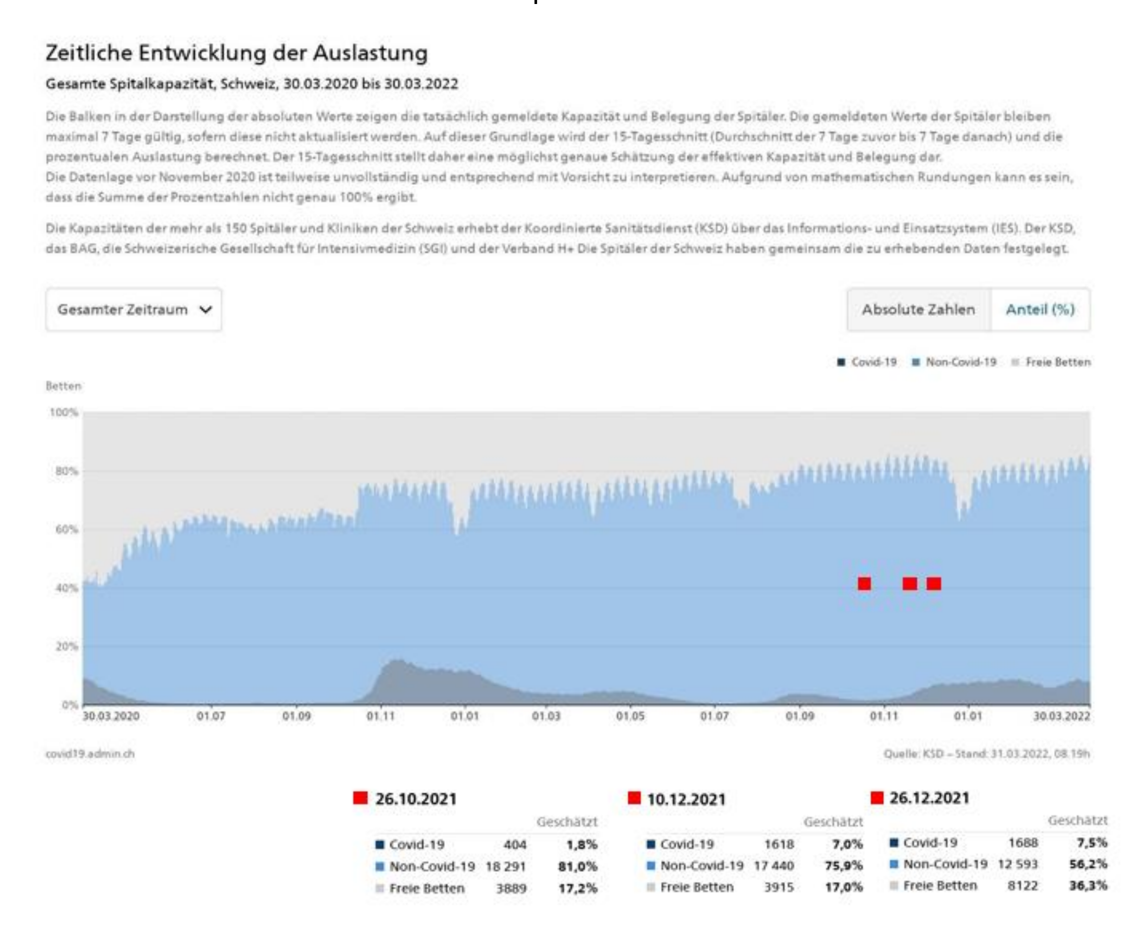
675 Weder im Zeitpunkt der «Booster»-Zulassung (26.10.2021), noch im Zeitpunkt der Zulassung der Kinder-«Impfungen» (10.12.2021) noch auf dem Höhepunkt der «Welle» am 26. Dezember 2021 waren die Intensivstationen an der Belastungsgrenze: Stets hatte es noch freie Betten im Umfang von mindestens ca. 20%.[480]

676 Auch mit Blick auf die Auslastung der **Spitalbetten insgesamt** liess sich keinerlei Überlastung erkennen – stets gab es um die 20% freie Betten. Wie zuvor (N 654 ff.) dargelegt, ist eine Auslastung von «nur» 80% aber gar nicht rentabel. Zudem machten CO-

479 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Intensivstationen (IS)», Zeitliche Entwicklung der Auslastung, Absolute Zahlen / Anteil (%), 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu?time=total*.

480 Was in der Tendenz gar auf eine Unterbelegung hindeutet, dazu ausführlich vorn N 654 ff.

VID-Patienten bei den Spitalbetten insgesamt nur einen verschwindend kleinen Anteil von zumeist deutlich unter 10% an den Hospitalisationen aus:[481]



677 Mit Blick auf die Auslastung der Spitäler liess sich demnach auch im Zeitpunkt der Zulassung der «Booster-» und Kinder-«Impfungen» Ende 2021 keinerlei besondere Bedrohung durch Sars-CoV-2 feststellen.

1.3.2. Manipulierte Fallzahlen

678 Erschwerend hinzu kommt eine massive Manipulation der angeblichen SARS-CoV-2-Fälle in den Spitälern. Dieser Umstand wurde bereits anfangs 2021 kritisiert, wurde aber offiziell unter dem Deckel gehalten und erst im Januar 2022 durch die Massenmedien aufgegriffen. Entsprechende Ausführungen erfolgen daher hinten (N 714 ff.).

[481] BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Gesamte Spitalkapazität», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu?time=total*.

1.3.1. Hetzkampagne gegen Ungeimpfte

679 Im Herbst 2021 wurde gegen «Ungeimpfte» der Vorwurf erhoben, dass sie Gesundheitssystem überlasten würden. Sie sollen sich daher impfen lassen – oder aber auf eine Intensivbehandlung verzichten, wie dies etwa die Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie RICKLI anfangs September 2021 öffentlich forderte.[482] Ungeimpfte wurden als Menschen bezeichnet, die mit dem Virus «gemeinsame Sache» machen und «seinen Fortbestand» sichern würden.[483] Sie seien «Volksschädlinge».[484] Sie wurden als «Covidioten»,[485] «Impfverweigerer», Corona-«Leugner»,[486] «Rechtsextreme»,[487] «Verschwörungstheoretiker»,[488] «Aluhüte»[489] und dergleichen verunglimpft. Sie wurden als «Freaks», «Abgedriftete», «völkisch denkend» oder als «pathologische Fälle» stigmatisiert, wobei unter dem Titel «Das sind die fünf Typen der Impfverweigerer» auch von hetzerischen Karikaturen, welche Karikaturen über Juden aus der Zeit des Nationalsozialismus in nichts nachstehen, nicht zurückgeschreckt wurde.[490]

---

482 Blick, «Impfgegner müssten eigentlich auf eine Intensivbehandlung verzichten», 01.09.2021, *https://www.blick.ch/schweiz/zuerich/zuercher-gesundheitsdirektorin-rickli-ueber-ungeimpfte-impfgegner-muessten-eigentlich-auf-eine-intensivbehandlung-verzichten-id16795363.html*; vgl. auch Tagesanzeiger, «Impfgegner müssten eigentlich auf eine Intensivbehandlung verzichten», 31.08.2021, *https://www.tagesanzeiger.ch/impfgegner-muessten-eigentlich-auf-eine-intensivbehandlung-verzichten-564389128316*.

483 Blick, «Die Impfgegner machen mit dem Virus gemeinsame Sache», 29.08.2021, *https://www.blick.ch/meinung/kolumnen/editorial-von-sonntagsblick-chefredaktor-gieri-cavelty-die-impfgegner-machen-mit-dem-virus-gemeinsame-sache-id16787958.html*.

484 NZZ, «In der Pandemie Geduld üben und Toleranz walten lassen», 15.09.2021, *https://www.nzz.ch/meinung/geduld-ueben-und-toleranz-walten-lassen-ld.1643563?reduced=true*.

485 NZZ, «Kollabierte Kommunikation: Was, wenn am Ende «die Covidioten» recht haben?», 01.09.2020, *https://www.nzz.ch/meinung/kollabierte-kommunikation-was-wenn-am-ende-die-covidioten-recht-haben-ld.1574096?reduced=true*.

486 Bote, «Corona-Leugner wollten in Notfallstation von Zürcher Unispital eindringen», 13.12.2020, *https://www.bote.ch/nachrichten/schweiz/corona-leugner-wollten-in-notfallstation-von-zuercher-unispital-eindringen;art177490,1283608*.

487 SRF, «Corona-Massnahmen-Kritiker: Zunehmend aggressiv – in Wort und Tat», 01.04.2021, *https://www.srf.ch/news/schweiz/gewaltpotenzial-corona-massnahmen-kritiker-zunehmend-aggressiv-in-wort-und-tat*.

488 Die Zeit, «Die Corona-Impfung ist ein Traum für Verschwörungstheoretiker», 23.01.2021, *https://www.zeit.de/digital/internet/2021-01/michael-butter-verschwoerungstheorien-corona-impfung-soziale-medien-querdenken*.

489 NZZ, «Der mögliche Laborunfall in Wuhan und die Medien: Wenn Reflexe wichtiger sind als Recherchen», 14.06.2021, *https://www.nzz.ch/feuilleton/der-laborunfall-in-wuhan-und-die-medien-wenn-reflexe-wichtiger-sind-als-recherchen-ld.1629729?reduced=true*.

490 Blick, «Das sind die fünf Typen der Impfverweigerer», 05.09.2021, *https://www.blick.ch/schweiz/nur-albaner-von-wegen-das-sind-die-fuenf-typen-der-imfpverweigerer-id16805316.html*.

1.3.2. Desinformationskampagne: «Epidemie der Ungeimpften»

680 Zu dieser Kampagne gegen Ungeimpfte massgeblich beigetragen hatte auch die COVID-19 Task Force des Bundes. So hatte diese bereits an der Medienkonferenz vom 24. August 2021 die Behauptung aufgestellt, dass in den Spitälern eine «Epidemie der Ungeimpften» beobachtet werden könne, weil «90% der hospitalisierten COVID-Patienten «ungeimpft» seien».[491] Für diese Behauptung gab und gibt es keinerlei Evidenz:

681 *Erstens* betrug der offiziell ausgewiesene Anteil der «Covid-Patienten» (per 24.08.2021) in den Schweizer Spitälern zu jenem Zeitpunkt gerade einmal 3.7%.[492] Diese niedrige Quote zum Beleg für eine Epidemie irgendwelcher Art zu machen – geschweige für das Ausrufen einer Epidemie der «Ungeimpften» zu verwenden – ist bereits *per se* nicht seriös.

682 *Zweitens* bestand für die Behauptung, dass sich unter diesen 3.7% bis zu 90% «Ungeimpfte» befinden würden, gar keine solide Datenbasis. So schrieb das BAG zwar in den wöchentlichen Situationsberichten, dass der Impfstatus seit dem 27. Januar 2021 für hospitalisierte Fälle erhoben werde und dass zum Impfstatus von auf Intensivstationen Hospitalisierten «seit dem März 2020 zuverlässige Daten» vorliegen.[493] Doch entsprach dies offenkundig nicht der Wahrheit: Wie zuvor (vorn N 573 ff.) dargelegt, **erfassten diverse Spitäler den «Impfstatus» selbst Ende 2021 noch nicht systematisch.**

683 *Drittens* ergab sich das gleiche Bild aus der offiziellen Erfassung der «COVID-Todesfälle» nach Impfstatus: Eine Analyse der vom *BAG* kommunizierten Zahlen zeigte, dass **Anfang September 2021, entgegen den offiziellen Behauptungen, nur von rund 60% der hospitalisierten «COVID-Patienten» Angaben zum Impfstatus verfügbar** waren.[494] Anhand einer weiteren Analyse der entsprechenden Zahlen ergab sich, dass im Zeitraum vom 14. November 2021 bis zum 15. Dezember 2021 41.96% als «nicht geimpft», 39.57% als «vollständig geimpft», 0.92% als «teilweise geimpft» und immer noch ganze

---

491 Swiss National Covid-19 Science Task Force, «Wissenschaftliches Update 24.08.2021», 24.08.2021, *https://sciencetaskforce.ch/wissenschaftliches-update-24-august-2021*.

492 Konkret: 802 Covid-19-Belegungen von total 21'777: BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Gesamte Spitalkapazität», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/hosp-capacity/icu?time=total*.

493 Siehe etwa: BAG, «Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein - Woche 50 (3.12. – 19.12.2021)», 22.12.2021, S. 18. und S. 23, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/covid-19-woechentlicher-lagebericht.pdf.download.pdf/BAG_COVID-19_Woechentliche_Lage.pdf*.

494 Ostschweiz, «Eine Spaltung war noch nie im Sinne des Volkes», 09.09.2021, *https://www.dieostschweiz.ch/artikel/eine-spaltung-war-noch-nie-im-sinne-des-volkes-v1gXDMw*.

17.56% als «unbekannt» ausgewiesen worden waren.[495] Dies ist ein weiteres starkes Indiz dafür, dass der Impfstatus noch immer nicht systematisch erfasst worden war.

684 Bereits Ende 2021 war damit offenkundig, dass die Behauptung einer «Epidemie» oder «Pandemie» der Ungeimpften vollkommen unhaltbar war. Nicht nur hielten sich geimpfte und ungeimpfte Patienten nach *offiziellen* Zahlen in den Spitälern die Waage – es bestand überdies aufgrund der aleatorischen oder gar inexistenten Erfassung des Impfstatus keine solide Datenbasis für irgendwelche Schuldzuweisungen.

685 Diese Zahlen verbesserten sich im Übrigen auch im neuen Jahr nicht: Per 31. Januar 2022 war bei 20% der Hospitalisationen im Zusammenhang mit einer COVID-Erkrankung der Impfstatus offiziell immer noch unbekannt.[496]

1.4. Zwischenfazit

686 Allerspätestens mit der «Delta»-Variante, deren *IFR* mit 0.01-0.02%, einer milden Grippe entsprach, war ab Juni/Juli 2021 nicht im Ansatz eine lebensbedrohliche oder invalidisierende Krankheit auszumachen, welche die gesamte Zielpopulation der COVID-«Impfungen» ernsthaft bedroht und eine befristete Zulassung somit legitimiert hätte.

2. Betreffend Kinder im Besonderen

2.1. SARS-CoV-2 ist keine lebensbedrohende Gefahr für Kinder

687 Wie bereits vorn (N 649 ff.) ausgeführt, hatte unter anderem die *CDC* bereits im März 2021 eine Sterblichkeitsrate (IFR) bei Jugendlichen von gerade einmal 0.002% ermittelt. Studien aus dem gleichen Zeitraum bekräftigten diese Einschätzung[497] und wurden im Juli 2021 nochmals bestätigt: Für Kinder und Jugendliche wurde eine Letalität von gerade einmal 0.0027% errechnet.[498]

688 Das Sterberisiko von Kindern tendierte also gegen Null, was sich auch anhand der konkreten Zahlen zeigte: In der Schweiz wurden in den Altersklassen 0 - 9 und 10 - 19 im

---

495 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Fälle nach Impfstatus», Zeitraum 15.11.2021 bis 15.12.2021 in absoluten Zahlen: 227 «nicht geimpft, 214 «vollständig geimpft», 5 «teilweise geimpft» und 95 «unbekannt» (Stand: 19.12.2021), *https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status*; Juristen Komitee, «Deklaration von Schweizer Juristen: 2G-Zertifikatspflicht ist verfassungswidrig», 24.12.2021, N 15, *https://juristen-komitee.ch/wp-content/uploads/2021/12/2021-12-24_Deklaration-2G-DE.pdf.*

496 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Fälle nach Impfstatus», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status?vaccStatusDevRel=relative*.

497 IOANNIDIS sowie OKE et al., FN 447.

498 AXFORS/IOANNIDIS, «Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview», Preprint vom 13.07.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.08.21260210v1.full.pdf*.

Zeitraum 24.02.2020 bis 28.02.2022 nur vier Todesfälle (bei insgesamt über 12'700 Todesfällen) im Zusammenhang mit einem positiven PCR-Test registriert.[499] Ob diese vier Kinder an oder mit Corona verstarben, ist damit nicht geklärt.

689 Vielmehr ist festzustellen, dass Kinder nachgewiesenermassen extrem selten schwer oder gar tödlich an COVID-19 erkranken.[500] Laut Prof. Berger, Kinderspital Zürich, seien Kinder oftmals wegen anderen Ursachen hospitalisiert gewesen und hatten lediglich zusätzlich einen positiven Test auf SARS-CoV-2 bei Spitaleintritt. Während der ganzen Corona-Krise seien im Kinderspital Zürich nie mehr als vier bis fünf Kinder gleichzeitig wegen COVID in Behandlung gewesen.[501] Von 8'200 im Kinderspital Zürich getesteten Kindern wurden lediglich 451 (5.5%) positiv auf SARS-CoV-2 getestet, davon wurden 104 (1.2%) kurz hospitalisiert. Informationen zu den Gründen für den Spitalaufenthalt oder zu Vorerkrankungen wurden nicht kommuniziert.[502]

2.2. Long COVID und PIMS als Gefahr?

690 Als Argument für die «Impfung» von Kindern wird immer wieder Long COVID und das «Pädiatrische Multisystemische Inflammatorische Syndrom» (PIMS) genannt.

2.2.1. Long COVID

691 Gemäss einer frühen Studie der Universität Zürich vom März 2021 fehle es bei Long COVID an einer einheitlichen Definition, weshalb Terminologie, Definitionen und Klassifizierungen variieren würden. Es bestünden eine grosse Messheterogenität und Verzerrungen; vorliegende Schätzungen seien daher nur als vorläufig zu betrachten. Das am häufigsten genannte Symptom sei Müdigkeit, gefolgt von Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Geruchs- und Geschmacksstörungen, kognitive Beeinträchtigungen, Schlaf- und Angststörungen.[503]

---

499 BAG, «Laborbestätigte Todesfälle», 23.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/death*.

500 LAZZERINI et al., «Characteristics and risk factors for SARS-CoV-2 in children tested in the early phase of the pandemic: a cross-sectional study, Italy, 23. February to 24 May 2020», 08.04.2021, *https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.14.2001248#abstract_content*.

501 Blick, «Impf-Chef Berger gibt Entwarnung: ‹Beobachten nicht, dass mehr Kinder Behandlung brauchen›», 06.01.2022, *https://www.blick.ch/politik/impf-chef-berger-gibt-entwarnung-beobachten-nicht-dass-mehr-kinder-behandlung-brauchen-id17123268.html*.

502 Kinderärzte Zürich, «VZK-Kurzinformation aus dem Kinderspital Zürich», 07.05.2021, *https://www.kinderaerzte-zuerich.ch/images/pdf/Kurzinformation_KISPI_VZK_20210507.pdf*.

503 Zum Ganzen: NITTAS / PUHAN, «Long COVID: Evolving Definitions, Burden of Disease and Socio-Economic Consequences», 07.06.2021, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-*

692 In einer Studie der Technischen Universität Dresden vom Mai 2021 wurden bei der Vergleichsgruppe der nicht an COVID erkrankten Kinder und Jugendlichen nahezu die gleichen Symptome festgestellt, wie bei den Erkrankten. Die **Symptome** seien den Forschern zu Folge **eher auf die Folgen des Lockdowns** und der sonstigen Einschränkungen für die Kinder als auf SARS-CoV-2 **zurückzuführen**.[504] Auch in der Schweizer CIAO-CORONA-Studie werden «Long COVID»-Symptome bei Kindern mit und ohne Antikörper vergleichbar selten beobachtet.[505]

693 Diese Einschätzung wurde im September 2021 von einer Analyse des britischen *Office for National Statistic* (*ONS*) bestätigt. In dieser **wiesen** in der Altersgruppe 2 - 11 Jahre die **Kinder der Kontrollgruppe (nicht an COVID erkrankt)** mehr **Long COVID-Symptome auf, als diejenigen Kinder, welche an Corona erkrankt waren**:[506]

Table 1: Percentage of study participants (with 95% confidence intervals) reporting any of 12 symptoms four to eight weeks or 12 to 16 weeks after COVID-19 infection
UK: 26 April 2020 to 1 August 2021

Group	**4 to 8 weeks after infection**		**12 to 16 weeks after infection**	
	Participants with COVID-19	**Control participants**	**Participants with COVID-19**	**Control participants**
All people	9.4 (9.0-9.9)	4.1 (3.8-4.4)	5.0 (4.6-5.4)	3.4 (3.1-3.8)
Males	8.1 (7.5-8.8)	3.7 (3.3-4.1)	4.5 (4.0-5.1)	3.3 (2.9-3.8)
Females	10.7 (10.0-11.4)	4.4 (4.0-4.9)	5.4 (4.9-5.9)	3.6 (3.1-4.0)
Age 2 to 11 years	3.3 (2.5-4.5)	3.6 (2.7-4.8)	3.2 (2.3-4.5)	4.1 (3.0-5.5)
Age 12 to 16 years	4.6 (3.5-6.0)	2.9 (2.1-4.0)	3.0 (2.1-4.3)	1.3 (0.8-2.3)
Age 17 to 24 years	5.6 (4.4-7.1)	3.6 (2.6-4.8)	3.6 (2.5-5.1)	3.6 (2.5-5.1)

694 Dies verdeutlicht, dass **nicht nur Long COVID-Symptome beschrieben wurden, sondern auch anderweitiges Unwohlsein in die Statistik einfloss.** Zudem reichte, um in die Statistik aufgenommen zu werden, gerade einmal eines der folgenden 12 Symptome: Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schwäche oder Müdigkeit, Übelkeit oder

nCoV/Literaturrecherchen/literaturrecherchen_long_covid_20210607.pdf.download.pdf/20210607_Literaturrecherchen_Long_Covid_EN.pdf.

504 BLANKENBURG et al., «Mental health of Adolescents in the Pandemic: Long-COVID19 or Long-Pandemic Syndrome?», Preprint vom 11.05.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.21257037v1.*

505 RADTKE et al., «Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children: population-based cohort with 6-months follow-up», Preprint vom 21.05.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.16.21257255v2.*

506 ONS, «Technical article: Updated estimates of the prevalence of post-acute symptoms among people with coronavirus (COVID-19) in the UK: 26 April 2020 to 1 August 2021», 16.09.2021, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/technicalarticleupdatedestimatesoftheprevalenceofpostacutesymptomsamongpeoplewithcoronaviruscovid19intheuk/26april2020to1august2021*.

Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Halsschmerzen, Husten, Kurzatmigkeit, Geschmacksverlust und Geruchsverlust («fever, headache, muscle ache, weakness or tiredness, nausea or vomiting, abdominal pain, diarrhoea, sore throat, cough, shortness of breath, loss of taste, and loss of smell»).[507] Trotz diesem Sammelsurium an möglichen Spätfolgen liegen die ermittelten Werte in den Altersgruppen von 2 - 24 Jahren bei gerade einmal 3 bis 5.6%; im Vergleich zur Gesamtbevölkerung demnach auffallend unauffällig. Eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sähe definitiv anders aus.

2.2.2. PIMS

695 Bereits im September 2021 führte *Pädiatrie Schweiz* aus, dass «das sehr seltene PIMS-TS Syndrom (grob geschätzt 1:5'000 bis 1:10'000 Infektionen) […] in der Schweiz bisher zu keinen Todesfällen geführt» habe und «nach bisherigen Erkenntnissen nach bis zu einjähriger Nachbeobachtungszeit nur sehr selten Residuen» hinterlasse.[508] Im Dezember 2021 machte *Pädiatrie Schweiz* in einer Stellungnahme dann darauf aufmerksam, dass auch in der Deltawelle Hospitalisationen mit akuter SARS-CoV-2 Infektion und mit «PIMS» bei den 5 bis 11-jährigen Kindern selten blieben und sich seit Beginn der Pandemie nicht ungünstig verändert hätten. Robuste Daten zur Häufigkeit von Long-COVID bei Kindern fehlten weiterhin. ***Pädiatrie Schweiz*** unterstrich, dass wissenschaftliche Daten und pädiatrische Pro- und Kontra-Argumente die Entscheidungsfindung leiten müssten und nicht kurzlebige politisch gefärbte Forderungen in der «gegenwärtig aufgeheizten Stimmung». Die vergleichsweise **geringe Krankheitslast in diesem Alterssegment und die weiterhin dürftigen Sicherheits- und Langzeitdaten der mRNA-Impfstoffe für 5-11-Jährige würden Vorsicht gebieten und eine bedachte Entscheidungsfindung erfordern**. **Die Gesellschaft appellierte an alle, *EKIF*, *BAG* und *Swissmedic* die notwendige Zeit zu gewähren, um diesen Evaluationsprozess mit der «üblichen Sorgfalt und Abwägung» abschliessen zu können, weil man dies der jüngsten Generation schuldig sei.**[509]

696 Bereits im September 2021 hatte die EMA bekannt gegeben, dass sie prüfe, ob COVID-«Impfungen ein PIMS auslösen könne.»[510]

---

507 Siehe ONS, FN 506.

508 Pädiatrie Schweiz, «COVID-19: Schulmassnahmen in der 4. Welle», 20.09.2021, *https://www.paediatrieschweiz.ch/news/covid-19-schulmassnahmen-4-welle/*.

509 Pädiatrie Schweiz, «COVID-19: Impfung für 5-11-Jährige», 07.12.2021, *https://www.paediatrieschweiz.ch/news/impfung-fur-5-11-jahrige/*.

510 Pharmazeutische Zeitung, «EMA prüft neue potenzielle Impfnebenwirkung», 03.09.2021, *https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ema-prueft-neue-potenzielle-impfnebenwirkung-127819/*.

2.3. Kinder sind keine «Superspreader»

697 Zuletzt sei noch auf die Behauptung eingegangen, wonach Kinder eine «Gefahr» für Erwachsene darstellen würden, was dann die Kinder-«Impfungen» in irgendeiner Weise rechtfertigen soll (was es natürlich nicht könnte, selbst wenn die Behauptung zuträfe). Das «Superspreader-»Argument verfängt allerdings nicht:

698 Eine gross angelegte Studie der Universitätskliniken Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm, welche 328 Familien, hiervon 717 Erwachsene und 548 Kinder im Alter von 6-14 Jahren untersuchte, kam zum Schluss, dass sich Kinder deutlich seltener ansteckten (34%) als Erwachsene (58%) und im Falle eines positiven PCR-Testes fünfmal häufiger keine Krankheitszeichen aufwiesen. Kinder zeigten 11 - 12 Monate nach der Infektion trotzdem stärkere und länger anhaltende spezifische Antikörperspiegel als Erwachsene, unabhängig davon, ob Symptome vorhanden waren oder nicht. Die kindlichen Antikörper waren gut wirksam gegenüber verschiedenen Virusvarianten, so dass auch nicht sichtbar erkrankte Kinder nach einer Infektion geschützt waren. Keines der infizierten Kinder musste im Krankenhaus behandelt werden.[511]

699 Die Übertragung von Kindern auf Erwachsene ist zweifelsohne minimal.[512] Eine gross angelegte Kohortenstudie in Schottland, welche 300'000 Erwachsene aus Haushalten mit oder ohne Kinder von 0 - 11 Jahren einschloss, kam zum Schluss, dass weder von März bis Oktober 2020 noch im Speziellen nach der Schulöffnung im August 2020 für Erwachsene mit Kindern ein erhöhtes Risiko bestand, an COVID zu erkranken oder hospitalisiert zu werden.[513]

2.4. Zwischenfazit

700 **Das Risiko für Kinder, ernsthaft an COVID zu erkranken, tendierte jederzeit gegen Null.** Entsprechend ist die Voraussetzung des Art. 9a Abs. 1 Teilsatz 1 HMG i.V.m. Art. 18 lit. a VAZV, wonach das Risiko einer schweren Invalidität oder möglichen Todesfolge auf alle von der Zielpopulation erfassten Patienten – sprich: alle Kinder – zutreffen muss, in offenkundiger Weise nicht erfüllt.

---

511 RENK et al, «Robust and durable serological response following pediatric SARS-CoV-2 infection», 10.01.2022, *https://www.nature.com/articles/s41467-021-27595-9#citeas.*

512 ZHU et al., «A meta-analysis on the role of children in severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in household transmission clusters», 06.12.2020, *https://academic.oup.com/cid/article/72/12/e1146/6024998*.

513 WOOD et al., «Sharing a household with children and risk of COVID-19: a study of over 300 000 adults living in healthcare worker households in Scotland», 18.03.2021, *https://adc.bmj.com/content/106/12/1212.*

3. Gesamtfazit «Schweregrad von COVID»

701 War bereits im Zeitpunkt der ersten befristeten Zulassung im Dezember 2020 keine die gesamte Zielpopulation bedrohende Krankheit auszumachen (vorn N 638 ff.), so galt dies erst recht für die Zeitpunkte der Zulassung der Booster- und Kinder-«Impfungen» im Herbst 2021: Mit der zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden **«Delta»-Variante** ging noch eine **Infektionstodesrate (IFR) von 0.01–0.02% einher, womit SARS-CoV-2 noch so «gefährlich» wie eine milde Grippe war.** Für Kinder tendierte das Risiko einer schweren Erkrankung von Anbeginn der Corona-Krise gegen Null.

702 Im Herbst 2021 stellte COVID demnach in offenkundiger Weise keine Krankheit dar, die für die gesamte Zielpopulation gleichermassen lebensbedrohend gewesen wäre oder eine Invalidität hätte zur Folge haben können. **Damit fehlte es an der Grundvoraussetzung für eine befristete Zulassung Art. 9a HMG.** Die «Impfstoffe» hätten daher keineswegs ein weiteres Mal und darüber hinaus noch für Kinder zugelassen werden dürfen – vielmehr wären die befristeten Zulassungen umgehend zu sistieren und ins ordentliche Verfahren zu verweisen gewesen.

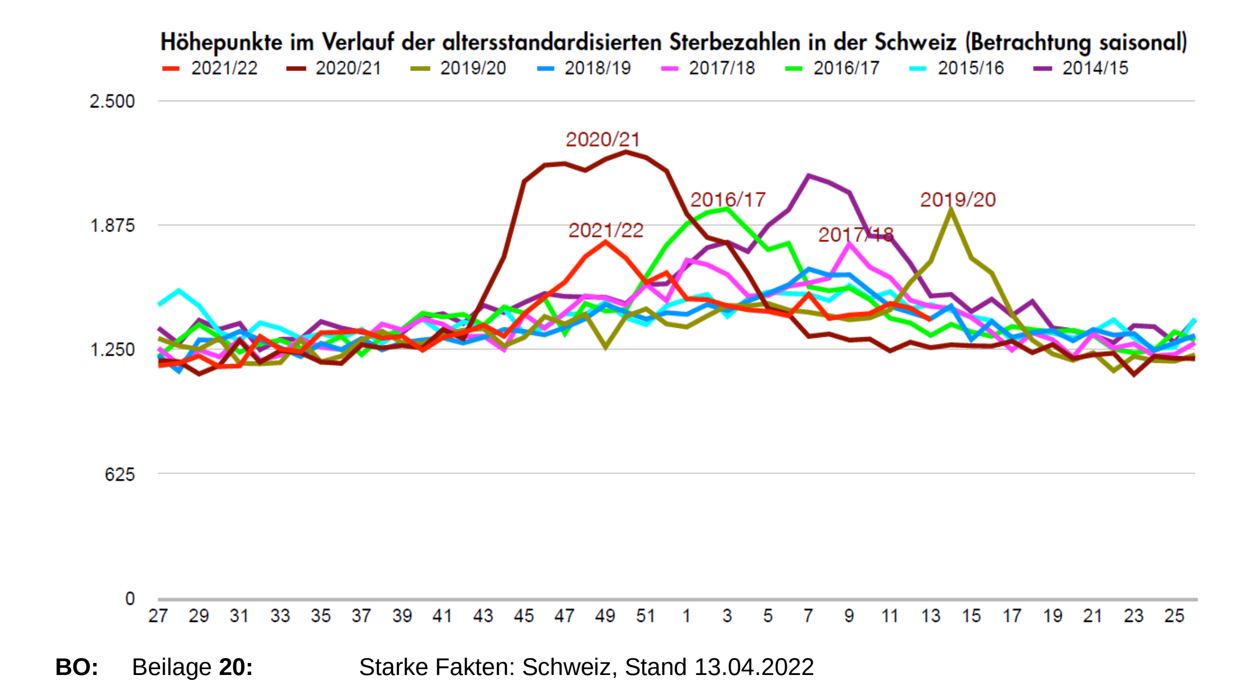
VI. Wissensstand ab 2022

703 Siehe zur fehlenden Gefährlichkeit von SARS- CoV-2 für die Gesamtbevölkerung ausführlich vorn N 633 ff. und vorn N 668 ff. Nachfolgend werden einzig zusätzliche Erkenntnisgewinne hervorgehoben, welche die von Anbeginn nicht vorhandene Gefährlichkeit weiter untermauern:

1. Keinerlei Übersterblichkeit

704 Wie bereits vorn (N 669) ausgeführt, gab es im Jahr 2021, trotz kurzzeitiger Abschnitte mit einer deutlichen Übersterblichkeit von Personen über 65 Jahren, im Vergleich mit den Vorjahren insgesamt eine Untersterblichkeit.

705 Auch seit Anfangs 2022 – und damit für den gesamten Winter 2021/2022 – ist keine massgebliche Übersterblichkeit auszumachen – im Gegenteil: Die Zahlen bewegten sich absolut im normalen Rahmen (Beilage **20**, S. 2):



BO: Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

2. Weiter abnehmende IFR von SARS-CoV-2 («Omikron»-Variante)

706 Am 24. November 2021 meldete das südafrikanische Institut für Ansteckende Krankheiten *NICD* den Nachweis einer neuen Coronavirus-Variante: B.1.1.529. Die *WHO* stufte B.1.1.529 am 26. November 2021 als neue «besorgniserregende Variante» ein und gab ihr den Namen «Omikron».[514] In der Schweiz löste «Omikron» im Januar 2022 «Delta» als vorherrschende Variante ab.[515]

707 Am 22. Dezember 2021 wurde aus Südafrika basierend auf einer gross angelegten Studie mit über 68'000 getesteten Personen bekannt gegeben, dass «Omikron» mit einem um 80% reduzierten Hospitalisationsrisiko verbunden war[516] und die «Omikron-Welle» bereits am 31. Dezember 2021 ohne nennenswerte Folgen für das Gesundheitswesen wieder

---

514 Berliner Morgenpost, «Omikron bis Delta – Die Ausbreitung der Corona-Varianten weltweit», Stand 25.04.2022, *https://interaktiv.morgenpost.de/corona-virus-karte-infektionen-deutschland-weltweit/omikron-delta-ausbreitung-karte-corona-varianten.html*; Internet archive, «Die Omikron-Variante: Fakten von Mythen trennen», 19.01.2022, *https://web.archive.org/web/20220319122714/https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/pages/news/news/2022/01/the-omicron-variant-sorting-fact-from-myth*.

515 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Epidemiologischer Verlauf», 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/virus-variants?variants=VariantB11529,VariantB16172,VariantP1,VariantB1351,VariantB117,VariantC37,VariantB16171,VariantP2,VariantB1525,VariantB1526,VariantB11318*.

516 Bloomberg, «Omicron Has 80% Lower Risk of Hospitalization in South Africa», 22.12.2021, *https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-12-22/omicron-has-80-lower-risk-of-hospitalization-new-study-shows*; WOLTER et al., «Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 Omicron variant in South Africa», Preprint vom 21.12.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.21.21268116v1*.

abgeklungen war. Auch eine gross angelegte kanadische Studie aus Ontario, welche die Daten von rund 22'000 «Omikron-» und «Delta-Erkrankten» verglich, kam am 2. Januar 2021 zum Schluss, dass «Omikron» mit einem um 65% geringeren Risiko für eine Hospitalisation verbunden war.[517] LIU et al., Ingenieure aus China, kamen basierend auf den Südafrikanischen Daten Mitte Januar 2022 zum Schluss, dass die ***IFR*** (Infektionstodesrate) **von «Omikron» gegenüber vorherigen Varianten um 88% reduziert** sei.[518] Geht man bei «Delta» von einer *IFR* von 0.01–0.02% aus, welche der *IFR* einer milden Grippe entsprach (N 640), ergibt sich basierend auf den aktuellsten Hochrechnung für **«Omikron»** eine **IFR** von gerade einmal noch rund **0.001-0.002%**. Omikron ist somit für die Gesamtbevölkerung deutlich ungefährlicher als eine Grippeinfektion.

708 Obwohl all diese Fakten bereits Mitte Januar 2022 bekannt waren, schürte die *COVID-Taskforce* zum gleichen Zeitpunkt bereits wieder Angst mit einer «Monsterwelle» und mit einem «Worstcase-Szenario», dass infolge «Omikron» soviele COVID-Patienten «wie noch nie» die Intensivstationen füllen könnten.[519]

709 Es ist aus medizinischer und ökonomischer Sicht gänzlich unverständlich, dass an einer «Impfung» für eine Erkrankung festgehalten wurde, die mittlerweile weniger gefährlich war als eine milde Grippe. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte die Zulassung der COVID-«Impfstoffe» sistiert werden müssen. Vor diesem Hintergrund und den fundiert dargelegten Daten zu den massiven Risiken der COVID-«Impfstoffe», welche mittlerweile bekannt waren, scheint es geradezu widersprüchlich, dass Swissmedic auch Mitte März 2022 immer noch schlussfolgerte: «*Die bisher eingegangenen und analysierten Meldungen über unerwünschte Wirkungen ändern das positive Nutzen-Risiko-Profil der in der Schweiz verwendeten Covid-19 Impfstoffe nicht.*»[520]

---

517 ULLOA et al., «Early estimates of SARS-CoV-2 Omicron variant severity based on a matched cohort study, Ontario, Canada», Preprint vom 02.01.2022, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.24.21268382v2*.

518 LIU et al., «Reduction in the Infection Fatality Rate of Omicron (B.1.1.529) Variant Compared to Previous Variants in South Africa», 16.01.2022, *https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4010080*.

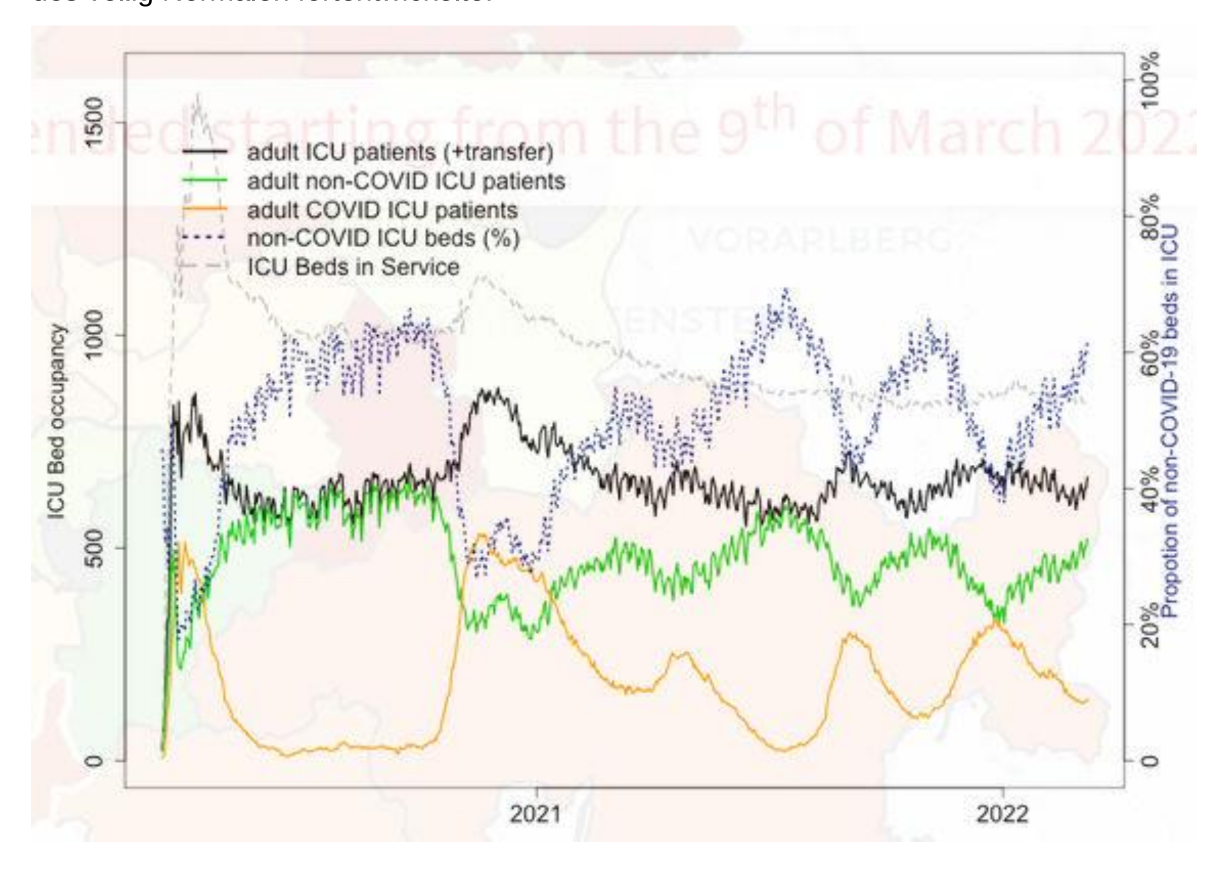
519 Blick, «Aber ist sie wirklich gefährlich? Taskforce warnt vor Monsterwelle», 12.01.2022, *https://www.blick.ch/politik/aber-ist-sie-wirklich-gefaehrlich-taskforce-warnt-vor-monsterwelle-id17137774.html*.

520 Swissmedic, FN 1.

3. Keinerlei Überlastung der Spitäler

3.1. Generelle Auslastung

710 Nachfolgende Graphik des «Near Real Time Monitorings of Intensive Care Occupancy» («Fast-Echtzeit-Überwachung der Intensivpflegebelegung») der ETH Zürich[521] zeigt, dass sich die Situation im Bereich der Intensiv-Spitalbetten auch im Winter 2021/22 im Bereich des völlig Normalen fortentwickelte:



711 Aus obiger Grafik ist zusätzlich ersichtlich, dass die Gesamtauslastung der Intensiv-Betten während den letzten zwei Jahren zu keinem Zeitpunkt kritisch war, dass aber die «COVID-Hospitalisationen» (orange Kurve) auf den Intensivstationen jeweils zeitgleich und absolut synchron anstiegen, wie die «Non-COVID-Hospitalisationen» (grüne Kurve) abfielen, während die Gesamtauslastung unverändert blieb. Dies deutet, einmal mehr, auf ein falsches «Labeling» von «COVID-Patienten» hin, indem jeder Patient, unabhängig vom ursprünglichen Hospitalisationsgrund nach einem positiven PCR-Test bei Spitaleintritt als «COVID-Hospitalisierter» erfasst wurde.[522] Wären wegen infolge COVID überfüllter Intensivstationen vorsorglich Operationen abgesagt worden, wäre selbstverständlich zu

521 Health Geography and Policy Group ETH Zürich, «ICU monitoring», Stand März 2022, *https://icumonitoring.ch/*.

522 Ostschweiz, «Ein Bild sagt mehr als tausend Worte», 19.08.2021, *https://www.dieostschweiz.ch/artikel/ein-bild-sagt-mehr-als-tausend-worte-mmxEvLA*.

erwarten, dass die grüne Kurve der «Non-COVID-Hospitalisationen» absinkt und die orange Kurve der «COVID-Hospitalisationen erst mit einer leichten zeitlichen Verzögerung ansteigt.

712 Nichts – wirklich gar nichts – deutete auch nur ansatzweise auf eine Lage hin, die den Namen «Pandemie» verdiente.

3.2. Auslastung durch COVID-Patienten: Manipulierte Fallzahlen

713 Da die «nackten» Zahlen – welchen Swissmedic zum Schutz der Gesundheit der Menschen in diesem Land verpflichtet ist – nicht ansatzweise zur Begründung einer Notlage ausreichten, wurde mit einer beispiellosen Desinformations- und Hetzkampagne seitens Behörden und Medien nachgeholfen:

3.2.1. Zusätzliche Zahlen-Manipulation

714 Die in keiner Weise zu rechtfertigende Übererfassung von «Corona-Patienten» – eine beispiellose Zahlen-Manipulation – liess sich anfangs 2022 nicht mehr länger verdecken: Im Januar 2022 gestand Bundesrat CASSIS[523] öffentlich ein, dass jeder Patient, der im Spital positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden war, als Corona-Patient geführt wurde – unabhängig davon, ob er effektiv an Corona erkrankt war. Zufolge zahlreicher Medienberichte – basierend auf entsprechenden Angaben der Spitäler – seien **rund 50% (!) der vom BAG als «Covid-19-Hospitalisierungen» ausgewiesenen Fälle in Tat und Wahrheit gar nicht wegen einer SARS-Cov-2-Infektion hospitalisiert** worden, sondern aus anderen Gründen.[524]

---

523 «[…] Wer mit einem Auto verunfallt und stirbt und Corona-positiv ist, ist ein Corona-Toter. Das hängt von der [WHO-] Definition ab. […]»: SRF, «Arena – Die grosse Präsidenten-Runde zu Corona und zur EU», 07.01.2022, Minute 37:52, *https://www.srf.ch/play/tv/arena/video/die-grosse-praesidenten-runde-zu-corona-und-zur-eu?urn=urn:srf:video:c2da2605-90ad-4b47-b2c6-fd88d0b64d4e*.

524 Blick, «Spitaleinweisungen wegen Corona sind tiefer als ausgewiesen», 07.01.2022, *https://www.blick.ch/schweiz/in-genf-ist-fast-die-haelfte-der-statistisch-ausgewiesenen-corona-patienten-aus-anderen-gruenden-im-spital-gelandet-und-erst-dort-positiv-getestet-worden-spitaleinweisungen-wegen-corona-sind-tiefer-als-ausgewiesen-id17125098.html*; NZZ, «Aus Angst, Fehler zu machen, begeht der Bund seinen grössten Irrtum», 12.01.2022, *https://www.nzz.ch/meinung/die-angst-davor-einen-fehler-zu-machen-verleitet-den-bund-zum-allergroessten-ld.1664035?reduced=true*; Saldo, «Corona-Hospitalisierungen: Zahlen sind zu hoch», 18.01.2022, *https://www.saldo.ch/artikel/artikeldetail/corona-hospitalisierungen-zahlen-sind-zu-hoch/*.

715 Aus dem Protokoll der COVID-19-Taskforce-Sitzung vom 9. Februar 2022 ging ausserdem hervor, dass sich 1 von 3 COVID-Patienten im Genfer Universitätsspital im Spital selbst angesteckt hatte: «*Aux HUG, 1 patient sur 3 a été contaminé à l'hôpital.*»[525]

716 Werden die ohnehin geringen Belegungszahlen durch «Corona-Patienten» (N 676) nochmals um die Hälfte nach unten korrigiert, so fällt das Kartenhaus der angeblichen Bedrohung durch SARS- CoV-2 endgültig in sich zusammen.

3.2.2. Fazit

717 Allerspätestens ab Januar 2022 war öffentlich und damit allgemeinnotorisch bekannt, dass die Bedrohung des Gesundheitssystems (und damit der Gesundheit der Menschen an sich) durch SARS-CoV-2 *massiv* überzeichnet worden war.

4. Irrelevantes Kriterium der «hohen Fallzahlen»

718 Bereits zuvor (N 661 ff.) wurde eingehend dargelegt, dass die anhand des PCR-Tests ermittelten «Fallzahlen» in keiner Weise geeignet sind, die tatsächliche Bedrohung durch SARS-CoV-2 für die menschliche Gesundheit zu ermitteln.

719 Dies zeigte sich ab Ende 2021 dann auch überdeutlich am Umstand, dass sich die «laborbestätigten Fälle» von den «laborbestätigten Todesfällen» – trotz absolutem Höchststand beim Testen – längst entkoppelt hatten (siehe nachfolgende Grafik).[526]

---

525 BAG, «Protokoll der 200. Sitzung Taskforce BAG COVID-19», 02.02.2022, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/tf-protokoll-februar-2022.pdf.download.pdf/Sammelmappe_Februar_Protokolle%20Taskforce%20Covid-19_geschw%C3%A4rzt.pdf*.

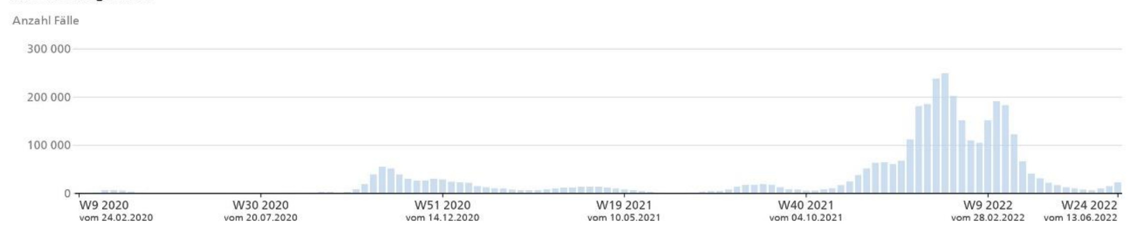
526 BAG, «Informationen zur aktuellen Lage, Situationsbericht Woche 24», Stand 29.06.2022, *https://www.covid19.admin.ch/de/weekly-report/situation*; vgl. auch BAG, «Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein - Woche 50 (3.12.–19.12.2021)», 22.12.2021, S. 2, *https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/covid-19-woechentlicher-lagebericht.pdf.download.pdf/BAG_COVID-19_Woechentliche_Lage.pdf*.

Zeitliche Entwicklung

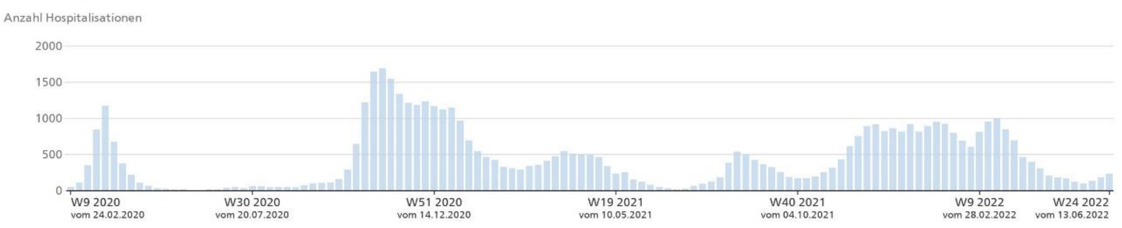
Bis Woche 24 vom 13.06.2022, Schweiz und Liechtenstein

Die Darstellung zeigt die Entwicklung der laborbestätigten Fälle, Hospitalisationen und Todesfälle sowie die Anzahl gemeldeter PCR- und Antigen-Schnelltests im Zusammenhang mit einer laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion seit Einführung der Meldepflicht für COVID-19 in der Schweiz und in Liechtenstein.

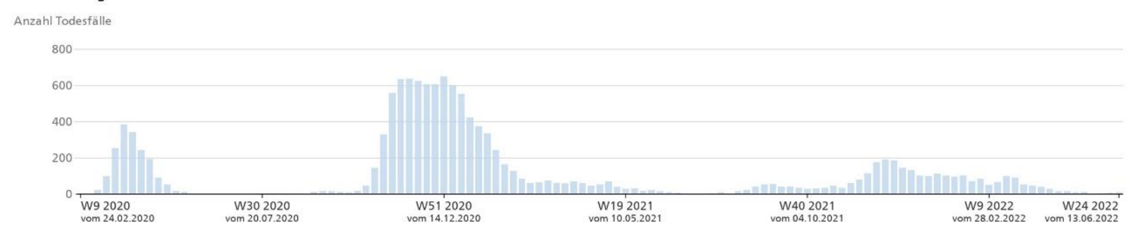
Laborbestätigte Fälle



Laborbestätigte Hospitalisationen

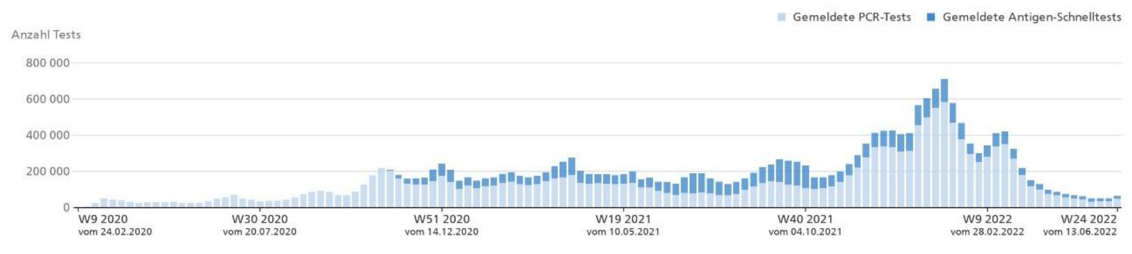


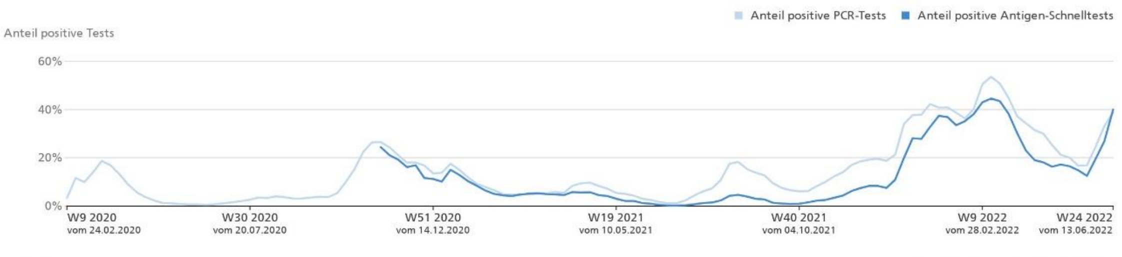
Laborbestätigte Todesfälle





Tests





covid19.admin.ch

Quelle: BAG – Stand: 28.06.2022, 06.07h

720 Haben sich aber die Todesfälle von den «Fallzahlen» entkoppelt, so ist eine befristete Zulassung, die nur für lebensbedrohliche oder invalidisierende Krankheiten erteilt werden kann, in keiner Weise mehr gerechtfertigt.

5. Kein Nachweis, dass SARS-CoV-2 Kinder gefährdet

721 Am 1. Februar 2022 reichte die amerikanische Organisation *ICAN* (*Informed Consent Action Network*) über ihre Anwälte zwei Anfragen nach dem Informationsfreiheitsgesetz (Freedom of Information Act) bei der *CDC* ein, um alle Unterlagen über bestätigte COVID-19-Todesfälle bei Kindern im Alter von 11 Jahren oder jünger sowie bei 12 bis 15-jährigen Kindern zu erhalten. Am 10. März 2022 liess die *CDC* verlauten, dass das *NCHS* (National Center for Health Statistics) die angeforderten Analysen für diese Altersgruppe nicht durchgeführt habe und keine entsprechenden Analysen zur Verfügung stellen könne. **Obwohl die *CDC*** die «Analysen» ihrer eigenen Daten für keine dieser Altersgruppen durchgeführt hatte und daher auf Anfrage von Rechtsanwälten **nicht in der Lage war, auch nur einen einzigen bestätigten Fall eines gesunden Kindes im Alter von 15 Jahren oder jünger zu nennen, welches an COVID-19 gestorben war, behauptete sie auf ihrer Webseite, dass COVID bei Kindern und Teenagern zu Todesfällen führen kann**: «*In rare situations, the complications from COVID-19 can lead to death*».[527]

6. Long COVID und PIMS als Gefahr?

6.1. Gefahr Long COVID bei Erwachsenen: Ja, aber wohl vorab für Geimpfte

722 Eine Kausalität zwischen der COVID-«Impfung» und der Verhinderung einer COVID-Erkrankung bzw. schwerer Verläufe ist, wie an diversen Stellen ausführlich dargelegt, in den Zulassungsstudien nach fundierter Analyse nicht erkennbar.

723 Bis dato wurde ebenso wenig in soliden prospektiven Studien belegt, dass der Impfstoff das Auftreten von Long COVID reduziert.

724 Zunehmend wurde hingegen in den öffentlichen Medien von **Long-COVID-Fällen bei Geimpften, dem sogenannten «Post-Vac-Syndrom»** berichtet.[528]

---

527 ICAN, «CDC Cannot Provide an Instance of a Single Confirmed COVID-19 Death in a Child Younger Than 16», 29.03.2022, *https://www.icandecide.org/ican_press/cdc-cannot-provide-an-instance-of-a-single-confirmed-covid-19-death-in-a-child-younger-than-16/*; CDC, «Frequently Asked Questions about COVID-19 Vaccination for Children and Teens», 14.04.2022, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/faq-children.html*.

528 Fuldaer Zeitung, «Long-Covid-Symptome nach der Corona-Impfung: Ein Betroffener berichtet», 13.04.2022, *https://www.fuldaerzeitung.de/fulda/symptome-arzt-klinik-christian-mardin-corona-fulda-long-covid-impfung-experten-91446720.html*; Hessenschau, «Wenn Ärzte nicht helfen können und niemand einem glaubt», 21.02.2022,

725 Eine Studie aus Indien, welche die Daten von rund 700 Personen, welche von April bis September 2021 ein positives PCR-Ergebnis hatten, untersuchte, kam zum Schluss, dass eine zweifache «**Impfung» das Risiko, Long COVID zu entwickeln, in einem vergleichbaren** (signifikanten) **Ausmass erhöhte wie eine bestehende Vorerkrankung oder ein schwerer COVID-Verlauf**.[529]

726 Ein Beitrag in *Science* berichtete im Januar 2022 über 34 Post-Vaccination-Fälle, die das amerikanische *National Institutes of Health* (*NIH*) untersucht hatte und gab bekannt, dass Forscher weltweit zu untersuchen begannen, ob sich die noch «wenig verstandene Biologie von Long COVID, mit Mechanismen überschneide, die bestimmte Nebenwirkungen nach der «Impfung» verursachten.[530] Die Erkenntnisse zu den Patientenfällen konnte das *NIH* bis dato nicht veröffentlichen. Zwei führende medizinische Fachzeitschriften lehnten eine Publikation der Daten ab, da die Daten «nicht eindeutig» seien und es sich nur um eine «Beobachtungsstudie» handle. [531] Da zum Thema «Corona-Pandemie» und «COVID-Therapien» prospektive Studien rar sind und in den letzten zwei Jahren vornehmlich weniger aussagekräftige «Beobachtungsstudien» publiziert wurden, ist diese Argumentation wenig nachvollziehbar.

727 Eine im Mai 2022 publizierte retrospektive Datenbankanalyse[532], welche die Daten von 113'474 ungeimpften COVID-Patienten und fast 34'000 vollständig geimpften Patienten, bei denen vom 1. Januar bis zum 31. Oktober 2021 eine Durchbruchinfektion aufgetreten war, aus der «US Department of Veterans Affairs National Healthcare Database» analysierte, kam zu Schluss, dass das Risiko, Long COVID-Symptome zu entwickeln, bei Geimpften im Vergleich zu Ungeimpften um maximal 15% reduziert sei. Der Erstautor der Publikation zeigte sich enttäuscht: «Wir hatten gehofft, dass Impfstoffe einen Schutz bie-

---

https://www.hessenschau.de/gesellschaft/long-covid-nach-impfung-wenn-aerzte-nicht-helfen-koennen-und-niemand-einem-glaubt,corona-impfung-136.html; OÖ Nachrichten, «Löst die Corona-Impfung Long-Covid aus?», 04.02.2022, *https://www.nachrichten.at/meine-welt/gesundheit/loest-die-corona-impfung-long-covid-aus;art114,3564678.*

529 ARJUN et al., «Prevalence, characteristics, and predictors of Long COVID among diagnosed cases of COVID-19», Preprint vom 08.01.2022, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.04.21268536v1.full*.

530 Science, «In rare cases, coronavirus vaccines may cause Long Covid–like symptoms », 20.01.2022, *https://www.science.org/content/article/rare-cases-coronavirus-vaccines-may-cause-long-covid-symptoms*.

531 Ärzteblatt, «Seltene Fälle von PIMS und Long COVID auch nach Impfung», 05.05.2022, *https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133796/Seltene-Faelle-von-PIMS-und-Long-COVID-auch-nach-Impfung*.

532 AL-ALY et al., «Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infectionLong COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection», 25.05.2022, *https://www.nature.com/articles/s41591-022-01840-0*.

ten würden», so AL-ALY. «Leider haben uns die Ergebnisse das Gegenteil gezeigt, da sie einen unvollkommenen Schutz bieten.»[533]

728 Bis Mai 2022 wurden in einer für «Post-Vac-Patienten» gegründeten Spitalambulanz an der Universitätsklinik Marburg-Giessen 200 betroffene Patienten erfasst, weitere 1800 Patienten standen auf der Warteliste.[534] Als mögliche Ursache eines Post-Vac-Syndroms wurde u.a. eine Reaktivierung einer Epstein-Barr-Virus (EBV)-Infektion diskutiert. [535]

6.2. Long COVID und «PIMS» bei Kindern: Keinerlei Gefahr

729 Bereits zuvor wurde ausgeführt, dass bereits Ende 2021 klar war, dass PIMS, ebenso wenig wie Long COVID, für Kinder eine Gefahr darstellte. Dieser Befund wurde auch 2022 mehrfach bestätigt:

730 Philipp Jenny, Präsident von *Pädiatrie Schweiz*, stufte Anfangs 2022 die Komplikationsrate von Long-COVID oder des PIMS als sehr gering ein.[536]

731 Bis zum 5.6.2022 wurden in Deutschland 856 Kinder und Jugendliche gemeldet, welche die WHO-Falldefinition für PIMS erfüllten. Fälle wurden als PIMS gewertet, wenn neben Fieber, erhöhten Entzündungsmarkern (z.B. CRP), mindestens zwei Organbeteiligungen und eine aktuelle oder durchgemachte SARS-CoV2-Infektion nachzuweisen waren und eine andere infektiologische Ursache ausgeschlossen werden konnte.[537]

732 Positive PCR-Testergebnisse waren bei allen Patienten die Ausnahme, bei einem relevanten Anteil der Patienten wurden Antikörper nachgewiesen. In den meisten PIMS-Fällen war die Aufnahmediagnose eine andere als PIMS.[538] Diese Hinweise stellen einmal mehr die Validität der Fallerfassung in Frage.

Bis zum 22. Mai 2022 wurden 23 PIMS-Fälle nach einer COVID-«Impfung» gemeldet. In einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes wurde darauf aufmerksam gemacht, dass nur geschätzt werden könne, wie viele PIMS-Fälle es bei Kindern aufgrund einer «Impfung» in

---

533 Healthline, «Vaccines Offer Modest Protection Against Long COVID, New Study Finds», 25.05.2022, *https://www.healthline.com/health-news/vaccines-offer-modest-protection-against-long-covid-new-study-finds#Vaccines-are-an-imperfect-shield-*.

534 Stern, «Long Covid nach der Impfung: Die fatale Angst des Paul-Ehrlich-Instituts vor dem "Post-Vac-Syndrom», 02.06.2022, *https://nebenwirkungen-covid-impfung.org/wp-content/uploads/wpforo/attachments/1516/51-LongCovidnachderImpfungPaulEhrlichInstitutundPostVac.pdf*.

535 Ärzteblatt, FN 531.

536 Medinside, «Kinderimpfung: Der SRF-Beitrag hat viele Mitglieder verunsichert», 10.01.2022, *https://www.medinside.ch/de/post/kinderimpfung-der-srf-beitrag-hat-viele-mitglieder-verunsichert*.

537 DGPI, «PIMS-Survey-Update», Kalenderwoche 22, 2022, *https://dgpi.de/pims-survey-update/#zentren-karte*.

538 DGPI, FN 537.

Deutschland tatsächlich gäbe, da sicher nicht jeder einzelne Fall gemeldet werde.[539] Auch diese Zahlen dürften erfahrungsgemäss nur die Spitze des Eisberges abbilden, weil nur ein Bruchteil der Impfnebenwirkungen gemeldet wird.

7. Gesamtfazit «Schweregrad von COVID»

733 War bereits im Zeitpunkt der ersten befristeten Zulassung im Dezember 2020 (vorn N 638 ff.) und auch bei Zulassung der Booster- und Kinder-«Impfungen» im Herbst 2021 (vorn N 670 ff.) keine Bedrohung der gesamten Zielpopulation durch die Krankheit auszumachen, so galt dies erst recht seit Auftreten der «Omikron»-Variante ab Ende 2021: Mit dieser ging noch eine **Infektionstodesrate von nur noch 0.001-0.002% einher, womit SARS-CoV-2 nun sogar weniger «gefährlich» war als eine milde Grippe.** Und abermals sei erwähnt, dass für Kinder das Risiko einer schweren Erkrankung von Anbeginn der Corona-Krise gegen Null tendierte (dazu bereits eingehend vorn N 687 ff.).

734 Auch ab Ende 2021 bis dato stellte COVID demnach in offenkundiger Weise immer noch keine Krankheit dar, die für die gesamte Zielpopulation gleichermassen lebensbedrohend gewesen wäre oder mit erheblicher Wahrscheinlichkeit eine Invalidität hätte zur Folge haben können. **Damit fehlte es unverändert an der Grundvoraussetzung für eine befristete Zulassung Art. 9a HMG.** Die befristeten Zulassungen für die COVID-«Impfstoffe» sind daher umgehend zu sistieren und ins ordentliche Verfahren zu verweisen.

E. ZWINGENDE PFLICHT ZUR RISIKOMINIMIERUNG: VIGILANZ UND AUFKLÄRUNG

I. Beherrschung der Risiken («Pharmakovigilanz»)

1. [Kein aktives Monitoring]

735 [Ausführungen ausschliesslich in Strafanzeige.]

2. [Massives Unterreporting]

736 [Ausführungen ausschliesslich in Strafanzeige.]

---

539 Ärzteblatt, FN 535.

3. Swissmedic billigt Entblindung der Zulassungsstudien

737 Swissmedic weiss bereits seit der ersten befristeten Zulassung um die Problematik der Entblindung der Zulassungsstudien der COVID-«Impfstoffe».

738 So schrieb sie an Moderna (Beilage **3**, S. 14).

> «Die offenen Fragen zur Schutzdauer werden stark von einer nicht verblindeten Kontrollgruppe abhängen. … Diese Frage könnte alternativ mit einer Haushalt-Kontaktstudie beantwortet werden.»
>
> «Because, the ability to answer the open question of duration of protection will heavily rely on an unvaccinated control group (blinded and/or unblinded). Alternatively, this question as well as that regarding protection of persons most at risk could also be answered by performing a household contact study […]»

739 Und an Pfizer (Beilage **2**, S. 6):

> «Es ist vernünftig anzunehmen, dass, wenn einmal eine Impfung verfügbar ist, es nicht möglich sein wird eine Kontrollgruppe aufrecht zu erhalten. Eine Studie mit einem alternativen Studiendesign, z.B. einem verblindeten Crossover-Design oder irgend einem Studiendesign, welches dieses Problem umgehen kann, wird dringend empfohlen».
>
> («It is reasonable to assume, that once a vaccine is widely available and encouraged, maintaining a double blind control group will be impossible. A Study with an alternative study design, e.g. a blinded crossover design or any study design, that will circumvent this problem, is strongly recommended»)

740 **Basierend auf diesen Erkenntnissen hätte Swissmedic eine befristete Zulassung nur schon aus formalen Gründen ablehnen müssen.** Aufgrund des deutlich niedrigeren Evidenzgrades der aktuell generierten Daten ohne Vergleichsarm (Placebogruppe) hat sich die Ausgangslage für die erteilte befristete Zulassung grundlegend geändert, und die Voraussetzungen für eine Umwandlung der befristeten Zulassungen in eine ordentliche Zulassung sind nicht mehr erfüllt. Die Zulassungsstudien sind hinsichtlich Evidenzgrad zu qualitativ unterlegenen «Beobachtungsstudien»[540] heruntergestuft worden. Die Zulassungsinhaber werden keine Daten vorlegen können, die Wirksamkeit und Sicherheit

---

[540] PNC-Aktuell, «Evidenzklassen: Warum hat nicht jede Studie die gleiche Aussagekraft?», 09.09.2019, *https://www.pnc-aktuell.de/prophylaxe/story/evidenzklassen-warum-hat-nicht-jede-studie-die-gleiche-aussagekraft__8064.html*.

über einen längeren Zeitraum als wenige Monate zwischen Impfstoff und Placebo vergleichen.

4. [Ignorierte Meldungen der Hersteller]

741 [Ausführungen ausschliesslich in Strafanzeige.]

5. Ignorierte Studien Dritter

742 Zur ignorierten Analyse der CCCA siehe bereits vorn N 317.

II. Völlig ungenügende Aufklärung von Patienten und Ärzteschaft

1. Zulassung in einem «ordentlichen Verfahren»?

743 Wie bereits einleitend (N 6) dargestellt, verkündete Swissmedic Ende 2020, dass der erste mRNA-«Impfstoff» in einem «ordentlichen Verfahren» zugelassen worden wäre – was schlichtweg nicht stimmt.

2. Zulassung für Schwangere und Stillende

744 Der von Swissmedic genehmigte, insgesamt nachweislich verharmlosende, irreführende und falsche Wortlaut in der Schweizerischen Arzneimittelinformation von Comirnaty® hat den Weg für eine Impfempfehlung bei Schwangeren durch das BAG, die *Eidgenössischen Kommission für Impffragen* (*EKIF*) und die *Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (SGGG) – ab Mai 2021 nur für Schwangere mit chronischen Erkrankungen, ab September 2021 für alle Schwangeren ab dem 2. Trimester[541] – massgeblich geebnet und so einen breiten Einsatz für eine vulnerable Patientengruppe überhaupt erst ermöglicht, obwohl weder zum Zeitpunkt **der erteilten Zulassung noch bis dato Daten aus soliden Studien vorlagen, welche die Sicherheit für Schwangere belegten, vorhandene Daten im Gegenteil auf Risiken bei der Anwendung von Schwangeren hindeuteten.**

745 In der Impfempfehlung (Beilage **15**) zitierte die *EKIF* als einzigen vermeintlichen Beleg für die Sicherheit der COVID-«Impfstoffe» bei Schwangeren eine Studie von SHIMABUKURO et al.[542] mit Publikationsdatum 17. Juni 2021. Bei dieser Studie handelt es sich nicht etwa

---

541 SGGG, «SGGG Empfehlung: Impfung gegen COVID-19 in Schwangerschaft und Stillzeit», 14.09.2021, *https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/4_NEWS/Impfung_Covid-19_Schwangerschaft_Stillzeit_Begleitschreiben_14.09.2021_D.pdf*.

542 SHIMABUKURO et al., «Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons», 21.04.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2104983*.

um eine prospektive Studie, bei welcher die Sicherheit der COVID-«Impfstoffe» bei Schwangeren in zwei Gruppen (geimpft vs. ungeimpft) untersucht worden wäre, sondern um eine Analyse von «Surveillance-Daten» aus den USA, welche vom 14. Dezember 2020 bis 28. Februar 2021 erfasst worden waren. Datenbankanalysen sind betreffend Methodik und infolgedessen betreffend Aussagekraft prospektiven kontrollierten Studien bekannterweise signifikant unterlegen.[543] Ausserdem stellt sich die Frage, weshalb in dieser Studie nur ein selektionierter Bruchteil der prinzipiell verfügbaren Daten von schwangeren Frauen analysiert wurde.

746 Das deutsche Robert Koch Institut (*RKI*) prangerte in seinem «Epidemiologischen Bulletin» vom 23.9.2021 Mängel dieser Studie an («*… wurde das Verzerrungsrisiko für die in der Studie vorgestellten Daten aus dem V-safe Surveillance System aufgrund der fehlenden Adjustierung der Inzidenzen für Störgrössen […] mit „critical risk of bias“ bewertet*») und stufte diese hinsichtlich verzerrter Darstellung der Daten und Voreingenommenheit insgesamt als «kritisch» ein:[544]

Tabelle 4: Risk of BIAS-Bewertung: Nicht-randomisierte Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit der mRNA-Impfstoffe gegen COVID-19 bei Schwangeren

Study	Bias due to confounding	Bias in selection of participants into the study/analysis	Bias in classification of interventions	Bias due to deviations from intended interventions	Bias due to missing data	Bias in measurement of outcomes	Bias in selection of reported result	Summary
Blakeway	moderate [1]	low	low	low	low	low	low	moderate
Butt	moderate [2]	low	low	low	low	low	low	moderate
Dagan	moderate [1]	low	low	low	low	low	low	moderate
Goldshtein	moderate [1]	low	low	low	low	low	low	moderate
Shimabukuro	critical [3]	low	moderate [4]	low	low	moderate [5]	low	critical
Zauche	critical [3]	low	moderate [4]	low	low	moderate [5]	low	critical

[1] Residual confounding cannot be excluded; [2] test-negative design; [3] only unadjusted data reported; [4] vaccination status not verified in the registry; [5] outcome not verified

747 In der ersten Version der Publikation von SHIMABUKURO et al. wurde eine Quote an «spontanen Aborten» von 12,8% (105/827) angegeben und bei einer zu erwartenden Quote von 10-26% als «normal» eingestuft:[545]

---

543 PNC-Aktuell, FN 540.

544 RKI, «Epidemiologisches Bulletin», 23.09.2021, S. 25, *https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/38_21.pdf?__blob=publicationFile*; RKI, «Anhang zur wissenschaftlichen Begründung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen COVID-19 Impfung von Schwangeren und Stillenden», 27.09.2021, S. 9, *https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/38_21_Anhang.html*.

545 Tabelle unter anderem noch auffindbar bei Internet Archive, «Empfehlung zur Impfung in der Schwangerschaft von STIKO und RKI bezieht sich auf fehlerhafte Studien von der CDC», 14.05.2022, *https://web.archive.org/web/20220520165023/https://corona-blog.net/2022/05/14/empfehlung-zur-impfung-in-der-schwangerschaft-von-stiko-und-rki-bezieht-sich-auf-fehlerhafte-studien-von-der-cdc/*.

Table 4. Pregnancy Loss and Neonatal Outcomes in Published Studies and V-safe Pregnancy Registry Participants.

Participant-Reported Outcome	Published Incidence*	V-safe Pregnancy Registry†
	%	no./total no. (%)
Pregnancy loss among participants with a completed pregnancy		
Spontaneous abortion: <20 wk[15-17]	10–26	104/827 (12.6)‡
Stillbirth: ≥ 20 wk[18-20]	<1	1/725 (0.1)§
Neonatal outcome among live-born infants		
Preterm birth: <37 wk[21,22]	8–15	60/636 (9.4)¶
Small size for gestational age[23,24]‖	3.5	23/724 (3.2)
Congenital anomalies[25]**	3	16/724 (2.2)
Neonatal death[26]††	<1	0/724

* The populations from which these rates are derived are not matched to the current study population for age, race and ethnic group, or other demographic and clinical factors.
† Data on pregnancy loss are based on 827 participants in the v-safe pregnancy registry who received an mRNA Covid-19 vaccine (BNT162b2 [Pfizer–BioNTech] or mRNA-1273 [Moderna]) from December 14, 2020, to February 28, 2021, and who reported a completed pregnancy. A total of 700 participants (84.6%) received their first eligible dose in the third trimester. Data on neonatal outcomes are based on 724 live-born infants, including 12 sets of multiples.
‡ A total of 96 of 104 spontaneous abortions (92.3%) occurred before 13 weeks of gestation.
§ The denominator includes live-born infants and stillbirths.

748 Diese Zahlen wurden im Anschluss entfernt, da sie nachweislich falsch waren. Ein Korrigendum[546] zeigte auf, dass wichtige Daten für eine Kalkulation und für eine abschliessende Nutzen-Risiko-Beurteilung zum Zeitpunkt der Publikation gefehlt hatten: **Für 905 der 1224 Teilnehmerinnen**, die innerhalb von 30 Tagen vor dem ersten Tag der letzten Menstruation oder im ersten Trimester (der empfindlichsten Phase der Organentwicklung) geimpft wurden, **lagen keine Angaben zur Nachbeobachtung bis zur 20. Woche vor.**

749 Die Tabelle wurde im Anschluss korrigiert: [547]

[546] SHIMABUKURO et al., Correction zur Studie «Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons», 14.10.2021, *https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMx210016?query=recirc_curatedRelated_article*.

[547] SHIMABUKURO et al., FN 542.

Table 4. **Pregnancy Loss and Neonatal Outcomes in Published Studies and V-safe Pregnancy Registry Participants.**

Participant-Reported Outcome	Published Incidence*	V-safe Pregnancy Registry†
	%	no./total no. (%)
Pregnancy loss among participants with a completed pregnancy		
Spontaneous abortion: <20 wk[15-17] ‡	Not applicable	104
Stillbirth: ≥ 20 wk[18-20]	<1	1/725 (0.1)§
Neonatal outcome among live-born infants		
Preterm birth: <37 wk[21,22]	8–15	60/636 (9.4)¶
Small size for gestational age[23,24]‖	3.5	23/724 (3.2)
Congenital anomalies[25]**	3	16/724 (2.2)
Neonatal death[26]††	<1	0/724

* The populations from which these rates are derived are not matched to the current study population for age, race and ethnic group, or other demographic and clinical factors.

† Data on pregnancy loss are based on 827 participants in the v-safe pregnancy registry who received an mRNA Covid-19 vaccine (BNT162b2 [Pfizer–BioNTech] or mRNA-1273 [Moderna]) from December 14, 2020, to February 28, 2021, and who reported a completed pregnancy. A total of 700 participants (84.6%) received their first eligible dose in the third trimester. Data on neonatal outcomes are based on 724 live-born infants, including 12 sets of multiples.

‡ A total of 96 of 104 spontaneous abortions (92.3%) occurred before 13 weeks of gestation. No denominator was available to calculate a risk estimate for spontaneous abortions, because at the time of this report, follow-up through 20 weeks was not yet available for 905 of the 1224 participants vaccinated within 30 days before the first day of the last menstrual period or in the first trimester. Furthermore, any risk estimate would need to account for gestational week–specific risk of spontaneous abortion.

750 Da bis dato keine weiteführenden Daten zu dieser Analyse publiziert wurden, ist gänzlich unklar, auf welcher Grundlage basierend die *EKIF* in ihrer Impfempfehlung vom 21.01.2022 (Beilage **15**) davon ausgeht, dass die Anwendung der COVID-«Impfstoffe» sicher sei und insbesondere auch eine «Impfung» im 1. Trimester als unkritisch einstuft: «*Falls versehentlich oder unwissentlich eine Impfung im ersten Trimester geschieht, ist dies kein Grund für Beunruhigung.*»

3. Zulassung für Kinder und Jugendliche

751 Zur Behauptung «Hohe klinische Wirksamkeit bei jüngeren Kindern» siehe vorn N 20.

4. Zulassung für ältere und vorerkrankte Menschen

752 Zu den fehlenden Informationen («missing information») und der Einstufung als «Ziel-gruppe 1» siehe bereits eingehend vorn N 323 ff.

5. [Zulassung für Immunsupprimierte]

753 [Ausführungen ausschliesslich in Strafanzeige.]

6. Irreführende Fachinformation bei den mRNA-«Impfstoffen»

754 Anhand dreier konkreter Nebenwirkungen der mRNA-«Impfstoffe» (Myokarditis; Herpes Zoster und thromboembolische Ereignisse) wird nachfolgend überprüft, ob die Arzneimitteltexte diesbezüglich dem aktuellsten Wissensstand entsprachen (Rubrik «Unerwünschte Wirkungen») und ob Ärzteschaft und Patienten adäquat auf Gefährdungen hingewiesen wurden (Rubriken «Kontraindikationen» und «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen»).

755 Da es sich bei der Patienteninformation um eine laienverständliche Kurzfassung der Fachinformation handelt und da im Falle der COVID-«Impfstoffe» die Aufklärung der zu impfenden Person vornehmlich über den behandelnden Arzt resp. die behandelnde Medizinische Fachperson erfolgt, basiert die nachfolgende Argumentation ausschliesslich auf den Textpassagen der Fachinformationen von Comirnaty® und Spikevax®.

756 Normalerweise wird in der Fachinformation eines Arzneimittels in der Rubrik «Unerwünschte Wirkungen» über alle Nebenwirkungen, welche in den klinischen Studien und nach der Zulassung («Postmarketingphase») beobachtet wurden, vollständig berichtet. Die in dieser Rubrik enthaltenen Informationen sollen Ärzte zu Risiken im Zusammenhang mit dem Arzneimittel adäquat und vollständig hinweisen, damit diese wiederum ihre Patienten korrekt informieren und eine individuelle «Nutzen-Risikoabwägung» vornehmen können.

757 Bei den COVID-«Impfstoffen» ist die Dokumentation in der Rubrik «Unerwünschte Wirkungen» nachweislich unvollständig, bekannte Nebenwirkungen werden unterschlagen:

758 Bereits im «*Post Marketing Pharmacovigilance-Report*»[548] von Pfizer/BioNTech, welcher Daten über die ersten 2.5 Monate nach Markzulassung enthielt und welcher Swissmedic mutmasslich im April/Mai 2021 zur Begutachtung vorgelegt wurde, wurde über eine hohe Anzahl Fälle von unerwünschten Wirkungen berichtet, welche unverkennbar **Signale für ein erhöhtes Auftreten von kardiovaskulären und thromboembolischen Ereignisse, neurologischen Erkrankungen, immunvermittelten- und Autoimmunerkrankungen und u.a. Herpes Zoster-Erkrankungen/Reaktivierungen im Zusammenhang mit Comirnaty®** erkennen liessen.

759 Obwohl sich, wie an diversen Stellen dargelegt, diese Sicherheitssignale für die COVID-«Impfstoffe» im Verlauf in den national und international registrierten Verdachtsfällen von

548 Pfizer, FN 278.

Impfnebenwirkungen, bestätigten, wurden diese nicht in die Arzneimitteltexte aufgenommen.

6.1. Völlig unzureichende Warnung vor Myokarditis

760 Noch im November 2021 hatte Swissmedic für die im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen» aufgetretenen Fälle von Myokarditis Fallraten publiziert (**0.3 Fälle/100'000 verabreichten Dosen Comirnaty®, 1.4 Fälle/100'000 verabreichten Dosen Spikevax®**), welche 1/6 bis 1/3 der offiziellen Fallraten aus Kanada entsprachen (vorn N 389).

761 In den «Vigilance News» vom Mai 2022[549] publizierte Swissmedic aktualisierte Zahlen zum Auftreten einer Myokarditis/Perikarditis im Zusammenhang mit der COVID-«Impfung». Für die Grundimmunisierung wurde für die COVID-«Impfstoffe» insgesamt eine Rate von 28.2, für **Comirnaty®** eine Rate von **16.5 Fällen** und für **Spikevax®** eine Rate von **34.8 Fällen pro Million verabreichter Impfdosen** deklariert. Diese Fallraten lagen nun um Faktor 2 bis 5 höher als die im November 2021 publizierten Fallraten und entsprachen somit in etwa den kanadischen Zahlen, welche bereits 2021 veröffentlicht worden waren.

762 Bei den Auffrischimpfungen lag die Rate für die «Impfstoffe» insgesamt bei 9.4, für Comirnaty® bei 10.8 und für Spikevax® bei 8.4 Fällen pro Million verabreichter Dosen. Die niedrigeren Myokarditis-Raten bei den Auffrischimpfungen erklärte Swissmedic u.a. damit, dass die allgemeine Bereitschaft, Fälle von Myokarditis/Perikarditis zu melden, in der Schweiz während der Auffrischungsimpfkampagne abgenommen haben könnte.

763 In Tabelle 1 der «Vigilance News» vom Mai 2022 war zusätzlich zu erkennen, dass die Rate bei **Männern** nach einer **Grundimmunisierung mit Spikevax®** mit **53.9 Fällen/Million Impfstoffdosen** nochmals deutlich höher lag und dass das Risiko für eine Myokarditis/Perikarditis im Zusammenhang mit Comirnaty® nach einem Booster gleich hoch bzw. bei Frauen sogar 2.6mal höher war als bei Spikevax®:

[549] Swissmedic, «Vigilance News – Edition 28», 05.2022, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/marktueberwachung/vigilance/vigilance-news-mai2022.pdf.download.pdf/DE_Vigilance-News-Edition_28_2022%2005%2023.pdf*.

Tabelle 1: Geschätzte Melderaten nach mRNA-COVID-19-Impfung, nach Impfdosis und Geschlecht

Vaccine dose	Reporting rate estimates myocarditis/pericarditis per 1,000,000 doses	
	Female	*Male*
Cormirnaty 1st/2nd	9.8	21.4
Comirnaty booster	9.5	12.2
Spikevax 1st/2nd	14.7	53.9
Spikevax booster	3.7	13.1

764 Basierend auf den Nebenwirkungszahlen der EU müssen die von Swissmedic vermeldeten Nebenwirkungen mindestens mit einem Faktor von 10 (N 501 f.), basierend auf internationalen Analysen (N 356) mindestens mit einem Faktor von 41 multipliziert werden, um die Realität abzubilden. Wird dies berücksichtigt, liegt die von Swissmedic kommunizierte Rate für eine Myokarditis/Perikarditis nach einer Grundimmunisierung anstatt bei 28.2 bei **1156.2 pro Million** (**1.16 pro 1'000**) **verabreichter Impfdosen**, was laut offizieller, u.a. in der Fachinformation von Comirnaty® aufgeführter Klassifikation einer **«gelegentlichen»** und nicht «seltenen» **Nebenwirkung** entspricht.

765 In der Fachinformation von Comirnaty®[550] wurde in der Rubrik «Unerwünschte Wirkungen» die Häufigkeit der Myokarditis/Perikarditis, obwohl international und national konkrete Zahlen verfügbar waren, welche Swissmedic selbst kommuniziert hatte, im Mai 2022 immer noch mit «nicht bekannt» angegeben.

766 In der Rubrik «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» wurde gar irreführend berichtet, dass nur «sehr seltene Fälle» von Myokarditis und Perikarditis nach der «Impfung» mit Comirnaty® beobachtet worden seien.

6.2. Komplett fehlender Hinweis auf Herpes Zoster

767 Bei Herpes Zoster (Gürtelrose), der durch eine Reaktivierung des Herpes Zoster-Virus (verantwortlich für die Windpocken-Erkrankung) verursacht wird, handelt es sich um eine **potentiell schwere Erkrankung**, deren Komplikationen u.a. zu einem Verlust des Arbeitsplatzes, Depressionen und sozialer Vereinsamung führen können.[551] Laut den von

550 Swissmedicinfo, FN 48.
551 WAREHAM, «Herpes zoster», 07.06.2007, *https://www.bmj.com/content/334/7605/1211.full*.

Swissmedic in den «Vigilance News» vom Juni 2021[552] publizierten Schweizer Zahlen wurden **60% der vermeldeten Fälle** von Herpes Zoster als **«schwerwiegend»** eingestuft.

768 Pathophysiologische Mechanismen, welche zu einem gehäuften Auftreten von Herpes Zoster nach einer COVID-«Impfung» führen könnten, wurden durch Experten im August 2021 aufgezeigt.[553]

769 Bereits im **Mai 2021** berichtete **Swissmedic** im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen» über **92 Fälle von Herpes Zoster**[554] und thematisierte kurze Zeit später das Auftreten von Herpes Zoster im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen» in den «Vigilance-News» vom Juni 2021[555]: Es wurde dort über **659 Fälle** (596 Comirnaty®, 63 Spikevax®) von **«Herpes Zoster» resp. «Shingles»**, welche per 12.4.2021 in der **Pharmacovigilance-Datenbank der WHO** dokumentiert waren, berichtet. **Swissmedic schlussfolgerte,** dass **Herpes Zoster** nach einer COVID-«Impfung» **kein Einzelfall** sei und dass **«das Gesundheitspersonal ein Bewusstsein für die Möglichkeit eines Herpes Zoster als unerwünschte Arzneimittelreaktion unter Covid-19 Vakzinen entwickeln sollte»**.

770 Im Swissmedic-Bericht vom **November 2021**[556] lag **Herpes Zoster** mit **203** rapportierten **Fällen** im Zusammenhang mit einer Verabreichung von **Comirnaty®** auf **Platz 6 der 15 häufigsten Nebenwirkungen,** im Swissmedic Bericht vom Mai 2022 mit mittlerweile 231 vermeldeten Fällen auf Platz 7[557]:

---

552 Swissmedic, «Vigilance News – Edition 26», 06.2021, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/marktueberwachung/vigilance/vigilance-news-juni2021.pdf.download.pdf/DE_Vigilance-News-Edition_26_2021%2006.pdf*.

553 Doctors for COVID Ethics, «Shots and Shingles: What Do They Tell Us?», 21.08.2021, *https://doctors4covidethics.org/shots-and-shingles-what-do-they-tell-us/*.

554 Swissmedic, «Nebenwirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz – Update», 7.5.2021, *https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/nebenwirkungen-covid-19-impfungen-update-5.html*.

555 Swissmedic, FN 552.

556 Swissmedic, FN 259.

557 Swissmedic, FN 339.

Übersicht der gemeldeten Impfreaktionen bei Impfstoff Comirnaty® von Pfizer/BioNTech (Grundimmunisierung, zwei Impfdosen)

Rangliste der 15 häufigsten Nebenwirkungen

Headache (10019211)	636
Pyrexia (10037660)	520
Fatigue (10016256)	499
Myalgia (10028411)	318
Chills (10008531)	272
Dizziness (10013573)	248
Herpes zoster (10019974)	231
Nausea (10028813)	218
Arthralgia (10003239)	214
COVID-19 (10084268)	197
Dyspnoea (10013968)	185
Pain in extremity (10033425)	181
Injection site pain (10022086)	157
Vaccination failure (10046862)	149
Rash (10037844)	131

771 Für Spikevax® wurden keine entsprechenden Ereignisse bekannt gegeben.

772 Fälle von Herpes Zoster traten laut Berichterstattung von Swissmedic somit nachweislich deutlich häufiger auf als Ereignisse wie Übelkeit, Arthralgie (Gelenksschmerzen), Schmerzen an den Extremitäten oder Schmerzen an der Injektionsstelle, welche in den Fachinformationen von Comirnaty® offiziell als bekannte (häufige) Nebenwirkungen aufgeführt waren.[558] Auch wenn nicht in der Fachinformation aufgeführte Nebenwirkungen möglicherweise häufiger gemeldet werden als aufgeführte Nebenwirkungen, da die Ärzteschaft laut Art. 59 HMG dazu verpflichtet ist, alle unbekannten und schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zu melden, liefert dieses Rating eindeutige Indizien für eine Relevanz von Herpes Zoster als Nebenwirkung im Zusammenhang mit einer Verabreichung von Comirnaty® in der Schweiz.

773 Bis zum 4. Mai 2022 wurde in **7 Publikationen über das Auftreten von Herpes Zoster im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen»** berichtet.[559]

---

558 Swissmedicinfo, FN 48.

559 IWAI et al., «A Case of Acute Retinal Necrosis Associated with Reactivation of Varicella Zoster Virus after COVID-19 Vaccination», 22.11.2021, *https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09273948.2021.2001541*; ZHENG et al., «Acute

774 Trotz Swissmedic's eigenen Erkenntnissen vom Juni 2021, trotz national und international hohen Fallzahlen zu Herpes Zoster, trotz diversen Publikationen, welche den Zusammenhang zusätzlich beschrieben und obwohl Herpes Zoster auch im Mai 2022 auf Swissmedics «Rangliste der 15 häufigsten Nebenwirkungen» auf Platz 7 fungierte, hat Swissmedic keine Schritte für eine Aktualisierung der Fachinformation eingeleitet. Bis dato wurde Herpes Zoster als potentielle Nebenwirkung in der Fachinformationen von Comirnaty® nicht aufgeführt.[560]

6.3. Komplett fehlende Hinweise auf thromboembolische Nebenwirkungen

775 Bereits im November 2021 gehörten **thromboembolische Ereignisse** bei den durch die *EMA* rapportierten Verdachtsfällen von Nebenwirkungen unverkennbar zu den **häufigen schwerwiegenden Krankheitsbildern** (vorn N 344).

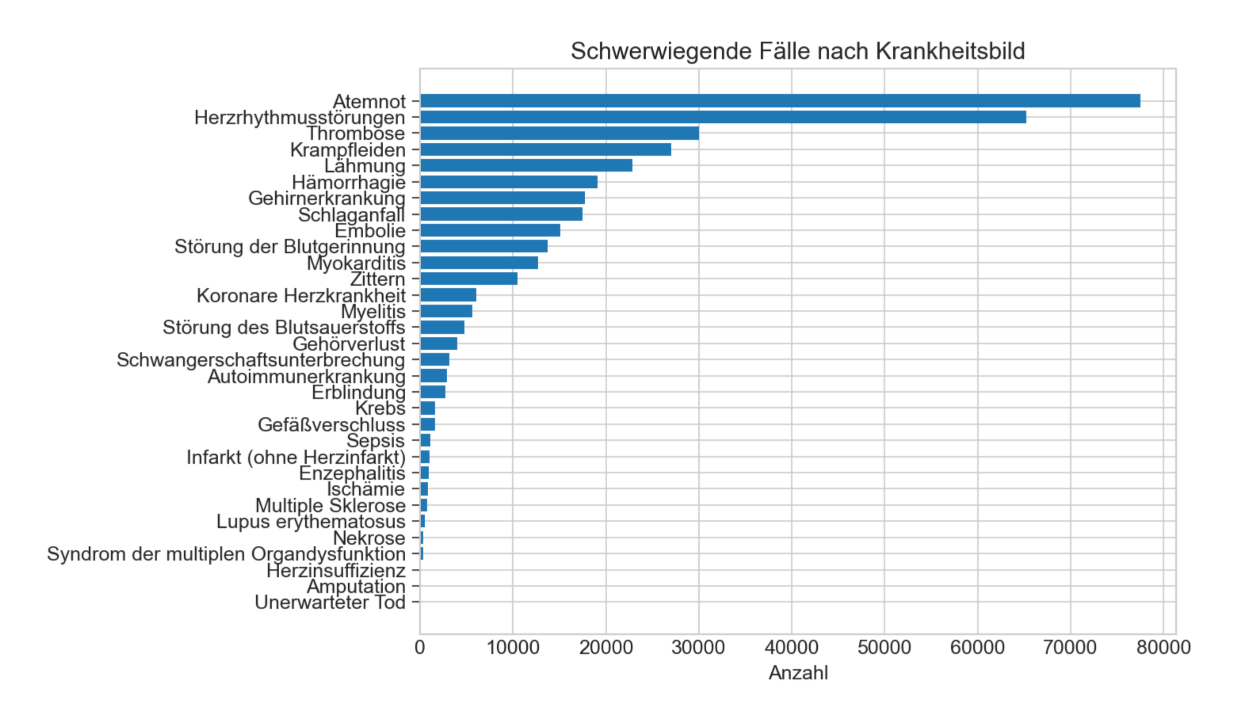
776 Swissmedic berichtete im November 2021 im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen» auch selbst über **698 Fälle von «vascular disorders»** (Gefässerkrankungen, zu welchen auch thromboembolische Ereignisse wie Thrombosen und Embolien zählen). 203 Fälle betrafen Comirnaty®, 495 Fälle Spikevax®[561].

777 Per **6. Mai 2022** vermeldete Swissmedic **729 Fälle** von «**vascular disorders**»: Für Comirnaty® waren die Fälle auf 261 gestiegen, für Spikevax® auf 468 gesunken -es waren ohne Erklärung 27 «ausgewertete Fälle» gestrichen worden.[562]

778 Per 6. Mai 2022 waren **Krankheitsbilder,** welche mit einem **thromboembolischen Ereignis** im Zusammenhang standen, laut Zahlen der *EMA* als **Hauptursache für schwerwiegende** Verdachtsfälle von **Nebenwirkungen** vertreten: **Thrombosen** belegten **Platz 3**, **Schlaganfälle Platz 8** und **Embolien Platz** 9 (Beilage **19**, S. 25):

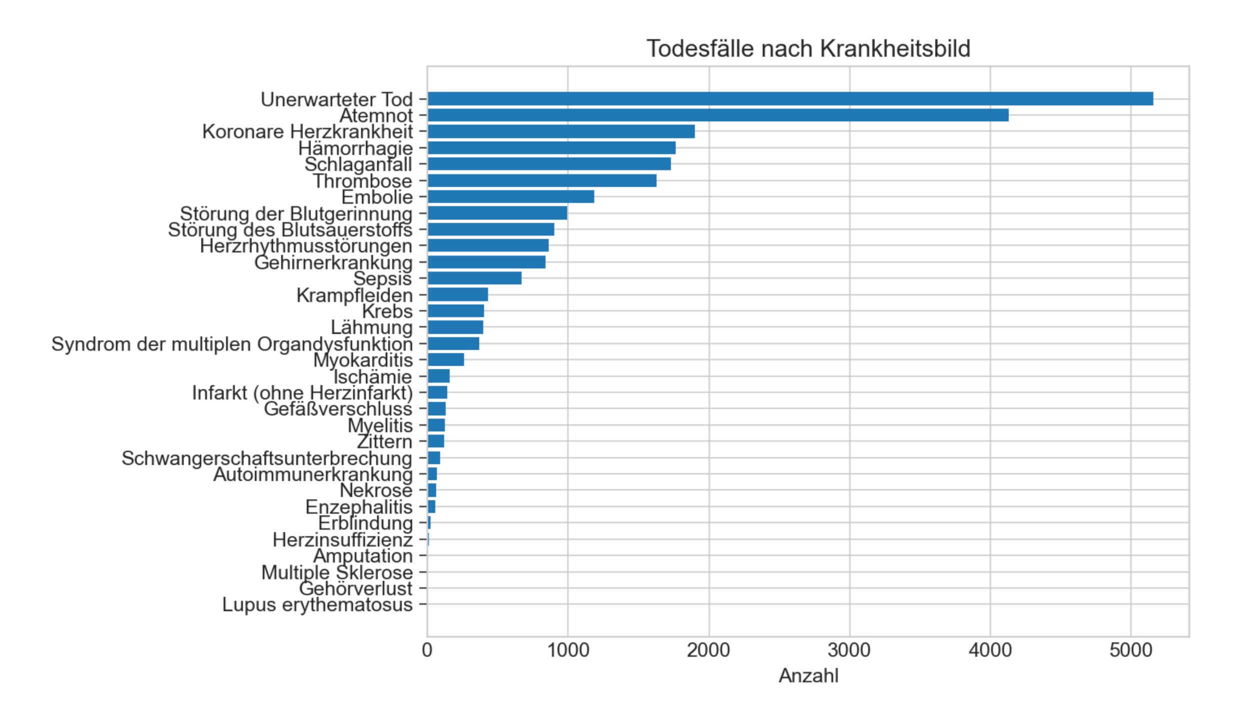
Retinal Necrosis from Reactivation of Varicella Zoster Virus following BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination», 01.12.2021, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34851795/*; ABU-RUMEILEH et al., «Varicella zoster virus-induced neurological disease after COVID-19 vaccination: a retrospective monocentric study», 01.11.2021, *https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-021-10849-3*; SARAIVA et al., «Varicella zoster virus reactivation following COVID-19 vaccination: a report of 3 cases», 04.03.2022, *https://europepmc.org/article/pmc/pmc8903443*; KATSIKAS et al., «Varicella Zoster Virus Reactivation Following COVID-19 Vaccination: A Systematic Review of Case Reports», 11.09.2021, *https://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/1013*; MUNASINGHE et al., «Reactivation of varicella-zoster virus following mRNA COVID-19 vaccination in a patient with moderately differentiated adenocarcinoma of rectum: A case report», 26.02.2022, *https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050313X221077737*; MOHTA et al., «Recurrent herpes zoster after COVID-19 vaccination in patients with chronic urticaria being treated with cyclosporine - A report of 3 cases, 20.11.2021», *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8661977/.*

560 Swissmedicinfo, FN 48.
561 Swissmedic, FN 259.
562 Swissmedic, FN 339.



779 All diese thromboembolischen Ereignisse traten sogar häufiger auf als eine Myokarditis (Platz 11), für welche mittlerweile ein ursächlicher Zusammenhang mit der COVID-«Impfung» anerkannt wurde.

780 Auch bei den Todesfällen, welche in einem zeitlichen Zusammenhang mit den COVID-«Impfungen» rapportiert wurden, lagen thromboembolische Ereignisse als Ursache auf den vordersten sieben Rängen und mit deutlichem Abstand vor einer Myokarditis (Beilage **19**, S. 26):



BO: Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 06.05.2022

781 Bis März 2022 wurde in mehr als 200 «peer reviewten» Publikationen der Zusammenhang zwischen dem Auftreten von thromboembolischen Ereignissen mit den COVID-«Impfungen» beschrieben (vorn N 287 ff., N 435 ff. und N 553 ff.).

782 In Anbetracht dieser erdrückenden Datenlage und der international vorliegenden konkreten Zahlen zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen ist nicht nachvollziehbar, weshalb thromboembolische Ereignisse bis Mai 2022 in den Fachinformationen von Comirnaty® und Spikevax® nicht aufgeführt wurden[563] und weshalb Swissmedic weder die Ärzteschaft noch die Öffentlichkeit auf diese Gefährdung hinwies.

6.4. Patienten mit erhöhter Gerinnungsneigung: «Kontraindikationen» und «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» völlig unzureichend

783 In der Rubrik **«Kontraindikationen»** wird der Arzt normalerweise darüber informiert, **in welchen Fällen** (z.B. bei welchen Erkrankungen) er seinem Patienten **ein Arzneimittel nicht verabreichen resp. verschreiben darf, weil er diesen ansonsten einem grossen Risiko aussetzen würde**. Der Arzt wird so z.B. darauf aufmerksam gemacht, dass er einem Patienten mit einem hohen Blutungsrisiko, einer aktiven Blutung oder wenn der Patient innerhalb von den letzten sechs Monaten eine Hirnblutung hat, keinen «Blutverdünner» (Antikoagulans zur Thrombosebehandlung oder Schlaganfallsprophylaxe, z.B. Pradaxa®) verschreiben darf, weil der Patient dann «verbluten» könnte. Das erhöhte Blutungsrisiko, die aktive Blutung oder eine Hirnblutung innerhalb der letzten sechs Monate sind bei einem «blutverdünnenden Arzneimittel» wie z.B. Pradaxa®[564] in der Rubrik «Kontraindikationen» aufgeführt, um zu verhindern, dass der Patient fälschlicherweise mit einem für ihn ungeeigneten Arzneimittel behandelt wird und so einen grossen Schaden erleidet.

784 In der Rubrik **«Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen»** wird der Arzt auf **mögliche Gefahren** oder auf eine **ungenügende Datenlage im Zusammenhang mit dem Arzneimittel** hingewiesen. Der Arzt wird so z.B. darauf aufmerksam gemacht, dass er das Beruhigungsmittel Valium® alkoholabhängigen Patienten (wegen eines erhöhten Suchtpotentials), Patienten mit einer bestehenden schwerwiegenden Atemdepression (wegen zusätzlicher Unterdrückung der Atmung durch Valium®) oder Patienten mit einer gestörten Leberfunktion (wegen einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Leberfunktion durch

563 Swissmedicinfo, FN 48 und FN 71.
564 Swissmedicinfo, «Fachinformation Pradaxa», Stand 04.2022, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=61385*.

Valium®) nicht oder nur mit grosser Vorsicht verschreiben darf. Ebenso wird dem Arzt in dieser Rubrik aufgezeigt, dass keine Daten für die Anwendung bei Kindern unter 6 Monaten vorliegen und dass Valium® in dieser Altersklasse deshalb nur mit grosser Vorsicht und nur dann eingesetzt werden darf, wenn keine alternative Therapie verfügbar ist.[565]

785 **Aus obigen Beschreibungen geht hervor, dass fehlende oder unvollständige Informationen zu potentiellen Gefährdungen in den Rubriken «Kontraindikationen» und «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» für Arzt und Patient mit schwerwiegenden Folgen verbunden sein können.**

786 Wie vorangehend aufgezeigt, **wurden thromboembolische Ereignisse bis Mai 2022 trotz eindeutiger Datenlage nicht als Nebenwirkungen in der Rubrik «Unerwünschte Nebenwirkungen» aufgeführt.** Nachfolgend wird aufgezeigt, dass das Fehlen von Hinweisen zu diesbezüglichen Gefährdungen mit weitreichenden Folgen verbunden ist:

787 Comirnaty® und Spikevax® sind nachweislich mit einem erhöhten Risiko für thromboembolische Ereignisse assoziiert. Als Folge davon dürften beide Arzneimittel bei Patienten mit einem erhöhten vorbestehenden Risiko für Blutgerinnsel nicht (Aufführung der Gefährdung in diesem Fall in der Rubrik «Kontraindikationen») oder nur mit Vorsicht bzw. unter Aufsicht (z.B. Überwachung bestimmter Gerinnungsparameter wie D-Dimeren) verabreicht werden (Aufführung der Gefährdung in diesem Fall in der Rubrik «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen»).

788 Daher müsste in der Fachinformation darauf aufmerksam gemacht werden, dass die COVID-«Impfstoffe» Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein thromboembolisches Ereignis, z.B. Patienten mit einer bereits erlittenen Thrombose/Embolie, Schwangeren, Krebspatienten oder bettlägerigen Patienten (verminderte Mobilität) die COVID-«Impfstoffe» nicht oder nur unter engmaschiger Beobachtung der Gerinnungsparameter verabreicht werden dürfen.

789 Dies wurde bei dem onkologischen Arzneimittel Revlimid®, welches ebenfalls mit einer erhöhten Rate von thromboembolischen Ereignissen in Verbindung gebracht wurde, entsprechend umgesetzt. So heisst es dort in der Rubrik «Warnhinweise und Vorsichtsmassnamen»: «*Patienten mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten einer Thromboembolie – einschliesslich einer früher aufgetretenen Thrombose – müssen daher engmaschig überwacht werden. Die Patienten müssen deshalb angewiesen werden, bei Symptomen*

565 Swissmedicinfo, «Fachinformation Valium», Stand 09.2018, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=28840*.

wie beispielsweise Kurzatmigkeit, Husten, Brustschmerzen oder Schmerzen und/oder Schwellungen an Armen und Beinen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.»[566]

790 Bei den COVID-«Impfstoffen» wird in der entsprechenden Rubrik betreffend Risiken im Zusammenhang mit der Blutgerinnung nur vor Hämatomen (Blutergüssen), nicht aber vor thromboembolischen Ereignissen gewarnt: «*Thrombozytopenie und Gerinnungsstörungen: Wie bei anderen intramuskulären Injektionen sollte der Impfstoff bei Personen, die eine Therapie mit Antikoagulantien erhalten, oder bei Personen mit Thrombozytopenie oder einer Gerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) mit Vorsicht verabreicht werden, da bei diesem Personenkreis nach einer intramuskulären Verabreichung Blutungen oder Blutergüsse auftreten können.*»[567]

6.5. Zwischenfazit

791 Die vorangehenden Abschnitte zeigen auf, dass seitens Swissmedic bei den COVID-«Impfstoffen» gegen alle Vorgaben verstossen wurde: Sicherheitssignale aus den Studien und der Postmarketingphase wurden nachweislich ignoriert, Arzneimitteltexte hinsichtlich erkannter Risiken nicht aktualisiert. Die Bevölkerung und Ärzteschaft wurde nicht über Gefährdungen informiert und erhielt auch keine passenden Verhaltensempfehlungen. Swissmedic hat so ihre Pflicht, die Bevölkerung vor sich abzeichnenden Risiken zu schützen, einmal mehr verletzt.

III. Weitere Auslassungen und Beschwichtigungen durch Swissmedic

1. Swissmedic: «Impfstoffe» sind «sicher»

792 Siehe zu den einzelnen öffentlichkeitswirksamen Ankündigungen bei Zulassung der mRNA-«Impfstoffe» einleitend vorn N 5 ff.

2. Swissmedic: Wohl keine erbgutschädigende/krebserregende Wirkung

793 In den Fachinformationen von Comirnaty® und Spikevax®, Rubrik «*Präklinische Daten*» steht seit Erteilung der befristeten Zulassungen:

> «**Es wurden** (für Comirnaty®) **weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt. Es ist nicht damit zu rechnen, dass die**

---

[566] Swissmedicinfo, «Fachinformation Revlimid», Stand 01.2020, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=57712*.
[567] Swissmedicinfo, FN 48 und FN 71.

Bestandteile des Impfstoffs (Lipide und mRNA) ein genotoxisches Potential besitzen.»[568]

«**Spikevax® wurde bei Tieren nicht auf Karzinogenität oder männliche Unfruchtbarkeit hin untersucht.** Angesichts der **kurzfristigen Verabreichung** von Spikevax sind langfristige tierexperimentelle Studien zur Bewertung seines karzinogenen Potenzials nicht erforderlich…. Das genotoxische Risiko für den Menschen wird aufgrund der **minimalen systemischen Exposition** nach intramuskulärer Anwendung, der begrenzten Dauer der Exposition und den negativen in-vitro-Ergebnissen als gering eingeschätzt.»[569]

794 Ohne die Durchführung entsprechender Studien wird demnach frei behauptet, dass die «Impfstoffe» wohl keine erbgutschädigende und krebserregende Wirkung hätten. Auch die Formulierungen der «kurzfristigen Verabreichung» und der «minimalen systemischen Exposition nach intramuskulärer Anwendung» sind falsch und irreführend, da bereits vor Erteilung der befristeten Zulassung in Studien nachgewiesen worden war, dass die Lipidnanopartikel (LNP) und damit die darin enthaltene mRNA nach Verabreichung in diversen Organen wie Leber und Milz akkumulierten – und eben nicht an der Einstichstelle im Muskel verblieben (N 146 f.).

795 Von einer «kurzfristigen Verabreichung» konnte von Beginn an keine Rede sein: Bereits **vor Erteilung der befristeten Zulassung war** (auch Swissmedic) **bekannt,** dass **infolge erwarteter fehlender Wirksamkeit** der «Grundimmunisierung» **regelmässige Auffrischimpfungen geplant** waren (N 451).

796 «Swissmedic» forderte nur präklinische Toxizitätsstudien hinsichtlich Reproduktion und Entwicklung ein (Beilage **2**, S. 7), obwohl das von Swissmedic im Zusammenhang mit der Begutachtung der Zulassungsdokumentation der COVID-«Impfstoffe» beauftragte *HMEC* (*Human Medicines Expert Committee*) explizit **moniert hatte, «dass Reproduktions-, Genotoxizitäts- und Neurotoxizitätsstudien fehlten und nachgeliefert werden sollen»** (Beilage **2**, S. 15). Dass die durchgeführten Reproduktionsstudien insgesamt ungenügend waren und ausserdem auf ein erhöhtes Risiko bei Schwangeren hindeuteten, wurde bereits aufgezeigt (N 109 ff.).

797 Swissmedic hat ihre Pflicht, die Schweizer Bevölkerung vor Risiken im Zusammenhang mit Arzneimitteln zu schützen, verletzt, indem sie von Pfizer und Moderna nicht verlangte,

568 Swissmedicinfo, FN 48.
569 Swissmedicinfo, FN 71.

wichtigste Fragen zur potentiellen Schädlichkeit der COVID-«Impfstoffe» und deren Bestandteile in Tierstudien vor dem Einsatz am Menschen fundiert zu klären.

798 Da die COVID-«Impfstoffe» formal überhaupt nicht einem Impfstoff entsprechen, da sie nachweislich nicht immunisieren (vorne N 564 ff.) und da es sich bei diesen Arzneimitteln um völlig neuartige Gentherapien handelt, die in dieser Form noch nie für die Anwendung beim Menschen zugelassen worden waren, hätten auch die Anforderungen von Swissmedic hinsichtlich präklinischer Studien umso höher sein müssen. Es wäre die Pflicht von Swissmedic gewesen, die COVID-«Impfstoffe» erst nach dem Vorliegen solider präklinischer Daten zuzulassen, die belegen, dass diese neuartigen Arzneimittel nicht mit einem erhöhten Risiko für die Fortpflanzung, für das Erbgut oder für das Entwickeln von Krebserkrankungen verbunden sind. Dass Swissmedic bis heute dieser Aufgabe nicht nachgekommen ist, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

3. [Swissmedic: «Keine Hinweise auf Ansammlung der LNP»]

799 [Ausführungen ausschliesslich in Strafanzeige.]

4. Swissmedic: «Keine nachgewiesenen Todesfälle»

800 Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der «Impfung» und den gemeldeten Todesfällen negierte Swissmedic: «*Trotz einer zeitlichen Assoziation führten nach jetzigem Kenntnisstand Erkrankungen, die unabhängig von den Impfungen auftreten wie z.B. Infektionen, kardiovaskuläre Ereignisse oder Erkrankungen der Lungen und Atemwege, zum Tod. Derzeit gibt es auch international keine Hinweise darauf, dass die beiden mRNA Impfstoffe zu einer erhöhten Rate von Todesfällen führen.*» Die Meldungen zu Todesfällen seien besonders sorgfältig analysiert worden und in einigen wenigen Fällen stünden noch endgültige Ergebnisse von Autopsien aus, so Swissmedic. [570]

5. Swissmedic verharmlost Nebenwirkungen

801 Per **7. Mai 2021 vermeldete Swissmedic** im Zusammenhang mit den COVID-«Impfstoffen» **1953 Verdachtsmeldungen unerwünschter Wirkungen**, wovon **35.9%** als **schwerwiegend** eingestuft wurden.[571] Es wurde u.a. über **92 Fälle von Herpes Zoster** und über **76 Todesfälle in einem zeitlichen Zusammenhang** mit der COVID-«Impfung» berichtet. Obwohl der Anteil schwerwiegender Nebenwirkungen bei rund 40% lag und dies deutlich vom offiziell kommunizierten Nebenwirkungsmuster der 2-

570 Swissmedic, FN 571.
571 Swissmedic, «Nebenwirkungen der Covid-19 Impfungen in der Schweiz», 07.05.2021, *https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-83437.html*.

Monatsdaten der Zulassungsstudien abwich, wo offiziell vornehmlich «leichte bis moderate Nebenwirkungen» vermeldet wurden (vorn N 163), kam Swissmedic zum Schluss, dass die Meldungen «***das aus den Zulassungsstudien bekannte Nebenwirkungsprofil bestätigten***», «***durch die Meldungen ein klareres Bild der Sicherheit der Impfstoffe in der täglichen Anwendung vorliege***» *und* «***das bekannte positive Nutzen-Risiko Verhältnis der beiden eingesetzten mRNA-Impfstoffe nicht ändere***».

6. Swissmedic verbreitet falsche Informationen in «Vigilance-News»

802 Mit dem Journal «Vigilance News» richtet sich Swissmedic an Fachpersonen und informiert diese regelmässige über Neuigkeiten rund um das Thema «Arzneimittelsicherheit». In der Ausgabe vom Mai 2022 liess Swissmedic hinsichtlich unerwünschter Ereignisse bei COVID-«Impfungen» verlauten, dass «am Anfang der Impfkampagne mit den COVID-19-Impfstoffen aufgrund der Beobachtungen in kontrollierten klinischen Studien **einige nicht-schwerwiegende und sehr häufige unerwünschte** Ereignisse nach der Impfung, sogenannte AEFI (Adverse Events Following Immunization), bereits bekannt waren.»[572]

803 Swissmedic berichtete gar noch weiter und führte aus: «**Für andere Signale finden sich in der Literatur nur wenige Beispiele…**». Auf welche Literatur sich Swissmedic hier bezieht, bleibt unklar.

IV. «FAQ» auf Swissmedic-Website

804 Swissmedic veröffentlicht auf ihrer Webseite für die Bevölkerung *Fragen und Antworten zu den COVID-19-«Impfunge*n» («*FAQ zu den COVID-19 Impfstoffen*») und macht dort u.a. immer noch die nachfolgenden Aussagen.[573]

1. Frage: Sind die COVID-Impfstoffe sicher?

805 Antwort: *«Die Impfstoffe gegen Covid-19 wurden bereits während ihrer Entwicklung gründlich getestet und anschliessend von Swissmedic-Expertinnen und -Experten sorgfältig überprüft. Nur Impfstoffe, die nachweislich sicher, wirksam und von hoher Qualität sind, werden in der Schweiz zugelassen. Bisher gibt es keine Hinweise auf bleibende negative Folgen für die Gesundheit.»*

---

572 Swissmedic, «Vigilance-News», Ausgabe Mai 2022, *https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/de/dokumente/marktueberwachung/vigilance/vigilance-news-mai2022.pdf.download.pdf/DE_Vigilance-News-Edition_28_2022%2005%2023.pdf*.

573 Swissmedic, FN 201.

806 Vorne (N 22 ff., N 189 ff., N 219 ff., N 290 ff., N 299 ff., N 437 ff., N 504 ff., N 555 ff.) wird ausführlich belegt, dass die COVID-«Impfstoffe» weitgehend unwirksam und unsicher sind und dass die Qualität unzureichend belegt wurde. Swissmedic unterschlägt in dieser Antwort die für die Öffentlichkeit äusserst relevante Information, dass die COVID-«Impfstoffe» basierend auf einer unvollständigen Dokumentation lediglich befristet zugelassen worden sind und dass weltweit Nebenwirkungsmeldungen und Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-«Impfungen» in einem noch nie dagewesenen Ausmass rapportiert werden.

2. Frage: Wirken die Impfstoffe?

807 Antwort: *«In der Schweiz werden nur Impfstoffe zugelassen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Die Impfstoffhersteller haben präklinischen sowie klinischen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit durchgeführt. Die Resultate der klinischen Studien ergaben einen Schutz vor einer schweren Covid-19-Erkrankung von 94 Prozent oder mehr. Den Daten zufolge sind auch ältere Menschen und Personen mit chronischer Erkrankung gut geschützt vor einem Ausbruch bzw. schweren Verläufen der Krankheit.»*

808 Vorne (N 189 ff., N 290 ff., N 437 ff., N 555 ff.) wird aufgezeigt, dass die COVID-«Impfstoffe» bis heute weder in Zulassungsstudien noch in «*Real World Evidence-Daten*» eine relevante Wirksamkeit gezeigt haben. Bis heute hat keine prospektive randomisierte Studie gezeigt, dass die COVID-«Impfstoffe» schwere Verläufe reduzieren. Aktuelle Daten aus diversen Ländern belegen, dass Hospitalisationen und Todesfälle infolge einer COVID-Erkrankung von mehrfach Geimpften getrieben werden (siehe N 582 ff.) In der Fachinformation von Comirnaty® mit Stand Dezember 2021 deklariert Pfizer in Absprache mit Swissmedic (basierend auf 3 versus 1 Fall bei 36'621 Studienteilnehmern) eine Wirksamkeit von 66.4% für «schwere COVID-Verläufe» (siehe vorn N 209).

809 Da Swissmedic ausserdem Kenntnis von einer Analyse hat, die belegt, dass die Zahlen in der Zulassungsstudie von Comirnaty® fehlerhaft sind, in der Impfstoffgruppe 1594 und in der Placebogruppe 1816 «symptomatische COVID-Erkrankungen» auftraten, bei denen aus nicht offengelegten Gründen im Anschluss kein PCR-Test durchgeführt wurde («*suspected but unconfirmed cases*») und die Wirksamkeit des Impfstoffes unter Berücksichtigung dieser Zahlen insgesamt bei lediglich 19% liegt (siehe N 200 f.), verbreitet sie mit den inkorrekt hohen Angaben zur Wirksamkeit in dieser Antwort bewusst Falschinformationen.

3. Frage: Ist es nicht gesünder, wenn ich die Krankheit durchmache, um eine Immunität zu erlangen?

810 Antwort: *«Nein, im Gegenteil. Der Verlauf bei einer Ansteckung ist sehr individuell und unberechenbar. Mit der Impfung werden die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers mobilisiert und so insbesondere schwere Krankheitsverläufe, welche die Gesundheit nachhaltig schädigen können, verhindert. Die Impfung arbeitet dabei mit dem Körper und seinen natürlichen Abwehrkräften zusammen; der Körper lernt das Virus kennen und weiss anschliessend, wie er sich bei einer künftigen Ansteckung vor einem Krankheitsausbruch schützen kann.»*

811 Diese Antwort ist falsch und irreführend, da Zahlen aus diversen Ländern zeigen, dass die «Impfung» anfälliger macht für Erkrankungen, Hospitalisationen und Todesfälle im Zusammenhang mit COVID (siehe N 582 ff.) und zahlreiche Studien, die u.a. in den renommierten Journals *Nature* und *British Medical Journal* publiziert wurden, belegen, dass die durch eine COVID-Erkrankung generierte Immunität breiter und langanhaltender ist als nach einer «Impfung» (vorne N 298 ff., N 478, N 505 ff, N 568 ff.).[574]

4. Frage: Verändern mRNA-Impfstoffe meine DNA?

812 Antwort: *«Nein, die Messenger (Boten) RNA überbringt Ihren Zellen die Information über die Oberflächenbeschaffenheit des Virus. Damit kann der Körper die Immunantwort auf-*

574 FERRETTI et al., «Unbiased screens show CD8+T cells of COVID-19 patients recognize shared epitopes in SARS-CoV-2 that largely reside outside the spike protein», 20.10.2020, *https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613(20)30447-7*; ISRAEL et al., «Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection», Preprint vom 22.08.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262111v1*, definitive Publikation vom 31.12.2021, *https://www.mdpi.com/2076-393X/10/1/64*; GAZIT et al., «Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections», Preprint vom 25.08.2021, *https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1*; Science, «Having SARS-CoV-2 once confers much greater immunity than a vaccine – but vaccination remains vital», 26.08.2021, *https://www.science.org/content/article/having-sars-cov-2-once-confers-much-greater-immunity-vaccine-vaccination-remains-vital; BMJ, «Vaccinating people who have had covid-19: why doesn't natural immunity count in the US?», 13.09.2021, https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2101, https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4; BMJ, «Correction - Vaccinating people who have had covid-19: why doesn't natural immunity count in the US?» 15.09.2021, https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2272; SHRESTHA et al., «Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals», Preprint vom 19.06.2021, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3*, definitive Publikation vom 31.12.2021, *https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciac022/6507165?login=false; COHEN et al., «Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells», 14.07.2021, https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00203-2#%20;* MURCHU et al., «Quantifying the risk of SARS-CoV-2 reinfection over time», 18.05.2021, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8209951/pdf/RMV-9999-e2260.pdf;* Pharmazeutische Zeitung, *FN* 391*.*

bereiten, das später für die Abwehr bei einem erneuten Kontakt abgerufen wird. Die mRNA dringt nicht in den geschützten Zellkern, wo sich Ihr genetisches Material befindet, ein und interagiert folglich zu keinem Zeitpunkt mit Ihrer DNA.»

813 Diese Antwort ist falsch und widerspricht der eigenen Einschätzung von Swissmedic zu diesem Thema. Aus dem Zulassungsschreiben an Moderna geht hervor, dass Swissmedic bezugnehmend auf eine im Dezember 2020 publizierte Studie, die zeigt, dass virale RNA von SARS-CoV-2 via «reverse Transkription» auf Umwegen ins menschliche Genom integriert werden könnte, das Risiko selbst als «sehr klein», d.h. potentiell vorhanden einschätzt (vorne N 48 f.).

5. Frage: Mit welchen Impfreaktionen muss ich rechnen?

814 Antwort: «*Zu den häufigen Nebenwirkungen gehören: Reaktionen an der Einstichstelle wie Schmerzen, Rötungen und Schwellungen; Kopfschmerzen, Müdigkeit; Muskel- und Gelenkschmerzen; allgemeine Symptome wie Schüttelfrost, Fiebergefühl oder Fieber.*»

815 In dieser Antwort verharmlost Swissmedic die Nebenwirkungen, indem sie vorwiegend leichte Ereignisse aufführt und so vorgibt, dass das Nebenwirkungsprofil vergleichbar sei mit einer Grippeimpfung. Dies ist nachweislich nicht der Fall (siehe vorn N 262 ff.). Swissmedic unterschlägt in ihrer Antwort alle schweren Nebenwirkungen, die laut Fachinformation der COVID-Impfstoffe «sehr häufig» (wie etwa vergrösserte Lymphknoten [Lymphadenopathie]), «selten» (wie etwa Lähmung des Gesichtes [Fazialisparese]) oder mit einer (angeblich) «unbekannten Häufigkeit» (wie etwa Myokarditis/Perikarditis) auftreten können.[575]

6. Frage: Ich bin schwanger oder möchte bald schwanger werden. Kann die Impfung meine Fruchtbarkeit beeinflussen?

816 Antwort: *«Der Impfstoff hat keinen Einfluss auf die Fähigkeit Ihres Körpers, schwanger zu werden. Er hat auch keinen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Plazenta oder den Verlauf einer künftigen Schwangerschaft. Ausserdem hat die Impfung auch keine negativen Auswirkungen auf Sie oder Ihr Kind, wenn Sie stillen.»*

817 Die Antwort von Swissmedic ist falsch, irreführend, verharmlosend und widerspricht der Einschätzung des von Swissmedic für die Begutachtung der Zulassungsunterlagen beauftragten *HMEC*, welche zum Schluss kommt, dass präklinische Studien ein mögliches Ri-

---

575 Swissmedicinfo, «Fachinformation Comirnaty», Stand 04.2022, *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68225*; Swissmedicinfo, «Fachinformation Spikevax», Stand 05.2022 *https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=FI&lang=DE&authNr=68267*.

siko bei Schwangerschaften festgestellt haben. Schwangere wurden von einer Teilnahme in den Zulassungsstudien ausgeschlossen. Bis heute liegen keine soliden Daten vor, welche die Aussagen von Swissmedic untermauern, sondern nur Hinweise, welche auf ein deutlich erhöhtes Risiko für Schwangere hindeuten (siehe vorn N 109 ff., N 396 ff., N 518, N 744 ff.). Ein Korrigendum im namhaften *New England Journal of Medicine* zu einer von der *EKIF* in ihrer Impfempfehlung (Beilage **15**) zur Belegung der vermeintlichen Sicherheit der Impfstoffe bei Schwangeren herangezogenen Studie legt offen, dass zum Zeitpunkt der Erstellung des Studienberichtes für 905 der 1224 Teilnehmerinnen, die innerhalb von 30 Tagen vor dem ersten Tag der letzten Menstruation oder im ersten Trimester geimpft wurden, noch keine Nachuntersuchung bis zur 20. Schwangerschaftswoche stattgefunden hat.[576] Die Datenlage zur Behauptung, dass eine «Impfung» von Schwangeren, insbesondere während des ersten Trimesters, sicher sei, ist somit absolut ungenügend. Aktuelle Postmarketingdaten zeigen Risken für Schwangere und stillende Frauen auf (siehe N 480, N 518). Pfizer/BioNTech selbst legen in einem «Informed Consent»- Formular vom 15.12.2021 Sicherheitsbedenken zur Anwendung von Comirnaty® bei Schwangeren offen (N 396).

7. Fazit: Swissmedic verstösst gegen HMG Art.1 und gegen Arzneimittelwerbeverordnung (AWV)

818 Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die von Swissmedic verbreiteten Informationen nachweislich falsch, unausgewogen und irreführend sind. Kritische Informationen werden von Swissmedic bewusst vorenthalten, bekannte Risiken verschwiegen und die Leser basierend auf einem falsch positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis mindestens indirekt, wahrscheinlich auch direkt zu einer «Impfung» bewogen.

576 SHIMABUKURO et al., FN 542 und 546.

Beilagenverzeichnis Evidenzrapport (ER)

Beilage **1:** Quellen(verzeichnis) ER

Beilage **2:** Zulassungsverfügung Comirnaty von Pfizer inkl. Protokoll der HMEC-Sitzung vom 18.12.2020, Swissmedic, 19.12.2020

Beilage **3:** Zulassungsverfügung COVID-19 Vaccine von Moderna, Swissmedic, 12.01.2021

Beilage **4:** Fachinformation Comirnaty, Swissmedicinfo, 12.2020

Beilage **5:** E-Mail-Antwort bzgl. Pharmakopöe, Swissmedic, 06.01.2022

Beilage **6:** Safety data sheet, Cayman chemical, 11.04.2021

Beilage **7:** E-Mail-Antwort bzgl. comirnaty fertility trials, Pfizer, 07.01.2021

Beilage **8:** Periodic Safety Update Report #1 for COVID-19-mRNA-vaccine BNT162b2, 19.08.2021

Beilage **9:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 01.04.2022

Beilage **10:** E-Mail-Antwort bzgl. gravierende Mängel beim Durchführen der Phase 3-Studien von Pfizer mRNA-Impfstoffen: Konsequenzen?, Swissmedic, 04.11.2021

Beilage **11:** E-Mail bzgl. Analyse der Pfizer-Studie durch die Canadian Covid Care Alliance, EpiLunar Partners AG, 04.01.2022

Beilage **12:** E-Mail-Antwort bzgl. Analyse der Pfizer-Studie durch die Canadian Covid Care Alliance, Swissmedic, 01.02.2022

Beilage **13:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 17.09.2021

Beilage **14:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 11.02.2022

Beilage **15:** Impfempfehlung für mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19, BAG/EKIF, Stand 21.01.2022

Beilage **16:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 22.04.2022

Beilage **17:** Cincinnati Children’s Hospital medical center, Informed Consent Form (Sub Study C), 14.12.2021

Beilage **18:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 25.03.2022

Beilage **19:** Tagesreport schwerwiegender Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen, Stand 06.05.2022

Beilage **20:** Starke Fakten: Schweiz, Stand 13.04.2022

Beilage **21:** E-Mail-Antwort bzgl. Impfstatus, Kantonsspital St. Gallen, 23.08.2021

Beilage **22:** Universitätsspital Zürich (USZ), «Interne Information, Erfassung Impfstatus im KISIM», 30.11.2021

Beilage **23:** Luzerner Kantonsspital, LUKiS-News, Erfassung Zertifikat 'falls klinisch relevant', 27.11.2021